



La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 46-857 du 30 avril 1946 : genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée

Alain Macron

► To cite this version:

Alain Macron. La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 46-857 du 30 avril 1946 : genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée. Droit. Université Montpellier, 2015. Français. NNT : 2015MONTD050 . tel-01342656

HAL Id: tel-01342656

<https://theses.hal.science/tel-01342656>

Submitted on 6 Jul 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivré par l'Université de Montpellier
Préparée au sein de l'école doctorale
de Droit et Science politique
Et de l'unité de recherche
UMR 5815 Dynamiques du Droit
Spécialité : Droit privé

Présentée par Monsieur Alain MACRON

**LA PROFESSION DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE
INSTITUEE PAR LA LOI N° 46-857 DU 30 AVRIL
1946 : GENESE ET EVOLUTIONS D'UNE PROFESSION
DE SANTE REGLEMENTEE**

Soutenue le Samedi 17 octobre 2015 devant le jury
composé de

Monsieur Yvan AUGUET, Professeur des Universités,
Doyen de la Faculté de Droit Perpignan - Via Domitia
Rapporteur

Monsieur Éric BACCINO, Professeur des Universités,
Montpellier, Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes

Monsieur Patrick MISTRETTA, Professeur des Universités,
Université Lyon 3 - Jean Moulin
Rapporteur

Monsieur Jacques MONET, Docteur en sociologie,
Directeur de l'Ecole de kinésithérapie de Paris - ADERF

Monsieur François VIALLA, Professeur des Universités
Directeur du Centre d'Etudes et de recherches Droit et Santé
Université Montpellier, Faculté de Droit Directeur
de thèse



« La Faculté n’entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans cette thèse; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur. »

*Tout obstacle renforce la détermination.
Celui qui s'est fixé un but n'en change pas.¹*

¹ Léonard de Vinci (1452 - 1519), Carnets

J'exprime ma reconnaissance à mes enfants Julien, Thomas et Clémence qui, depuis de très longues années m'ont vu plus souvent plongé dans ces études de droit qu'avec eux à partager leur vie d'adolescents puis de jeunes adultes. Bien qu'ils m'aient accompagné à leur corps défendant dans cette démarche, leurs encouragements et leur soutien m'ont permis d'aller jusqu'au bout de ce long travail malgré un contexte difficile pour tous. Je leur en suis éternellement reconnaissant.

Je tiens plus particulièrement à remercier mon fils aîné, Julien, avec qui j'ai partagé les quatre premières années de ces études de droit pendant lesquelles, avec abnégation et courage il a eu l'immense mérite de prendre les notes de cours les plus complètes possibles pour me permettre de réussir, mon exercice professionnel ne me permettant pas de suivre une scolarité normale et d'assister aux cours magistraux. Grâce à lui j'ai pu préparer et participer aux séances de travaux dirigés dans les meilleures conditions possibles. Il a été le principal artisan de mon succès aux différents examens sanctionnant mon cursus universitaire.

J'adresse un remerciement particulier à Anne, ma compagne, qui a eu l'immense mérite de partager mes doutes et mes inquiétudes quant à la finalisation de cette thèse. Je la remercie pour son indéfectible et affectueux soutien.

Je remercie Monsieur le Professeur Michel BIBENT qui, grâce à sa bienveillante écoute, m'a permis de concrétiser ce travail de recherche en présentant ce projet à monsieur le Professeur VIALLA.

J'exprime à Monsieur le Professeur François VIALLA ma profonde reconnaissance pour sa bienveillante attention lorsque je lui ai exposé cette étude et l'enthousiasme avec lequel il m'a accueilli parmi ses doctorants. Je lui exprime aussi ma gratitude pour m'avoir permis d'intégrer le Centre Européen d'Études et de Recherche en Droit de la Santé, lieu d'excellence au sein duquel l'osmose du droit privé et du droit public est la source d'un droit de la santé vivant, expert et dynamique.

Je tiens à remercier Monsieur Jacques MONET, auteur d'une remarquable thèse de doctorat de sociologie sur l'émergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXe et au début du XXe siècle, pour ses précieux et avisés conseils ainsi que pour tous les documents qu'il n'a jamais hésité à me transmettre.

Je remercie également Monsieur Alain POIRIER qui, par la qualité de ses propos lors d'un séminaire de formation à la fonction d'expert-arbitre en kinésithérapie et de cadres ordinaux, m'a donné l'envie d'approfondir mes connaissances en droit de la santé.

Enfin, j'ai une pensée pour mes parents qui, malheureusement ne sont plus là. J'imagine que mon père, encore une fois, n'aurait rien dit... Ma mère, quant à elle, n'aurait pas manqué de s'exclamer une fois encore *«A quoi ça va bien pouvoir te servir ? C'est inespéré !»*.



d'après Gotlib, GOTLIB © DARGAUD, 2014

Résumé

La profession de masseur kinésithérapeute est officiellement née le 30 avril 1946. A partir de la fin du 19^e siècle, le massage, la kinésithérapie, la gymnastique ayant pénétré le champ de la médecine et la loi du 30 novembre 1892 confié aux médecins le monopole de l'ensemble des techniques de soins, ceux-ci vont faire appel à des auxiliaires dont ils auront assurés la formation préalable pour mieux les contrôler. La guerre de 1914-1918 « fléau social » va assurer la promotion empirique de ces méthodes. L'absence de masseurs professionnels ayant limité le bénéfice de ces pratiques le corps médical va accepter de les déléguer à certains auxiliaires. Il faudra attendre la Seconde Guerre mondiale pour que de manière purement autoritaire soient créées la profession de moniteur de gymnastique médicale et celle de masseur médical. Ces textes abrogés en 1945, la loi n° 46.857 du 30 avril 1946 tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur gymnaste médical va créer la profession de masseur-kinésithérapeute en lui confiant le monopole légal du massage. Très rapidement ce monopole va être contesté et tout aussi rapidement la profession va manifester un désir d'émancipation par rapport à la tutelle médicale. Il lui faudra attendre près d'un quart de siècle (1969) pour voir aboutir sa principale revendication : une troisième année d'études et 60 ans pour obtenir Conseil de l'Ordre (2006). L'évolution de la masso-kinésithérapie a été, dans un premier temps, entravée par les visées hégémoniques du corps médical et dans un second temps conditionnée à la politique d'harmonisation de la réglementation des professions paramédicales menée par les pouvoirs publics et par les choix sociétaux. Par la suite l'évolution de la profession va être impactée par la mise en place de quotas d'accès aux études qui va inciter un grand nombre de jeunes français(e)s à entreprendre leurs études dans des pays de l'Union européenne. Subséquemment, de plus en plus de ressortissants communautaires viennent exercer en France. Les bouleversements en matière de mœurs apparus au cours des années 1960-1970, ayant aboli un certain nombre d'interdits, a bouleversé les mentalités en favorisant une recherche du bien-être. Les masseurs-kinésithérapeutes ayant abandonné le massage hygiénique et esthétique d'autres le revendiquèrent. Les premières furent les esthéticiennes qui finirent par obtenir gain de cause (modelages à visée esthétiques) suivies par des praticiens autoproclamés masseurs bien-être que la jurisprudence a progressivement légitimé. La création d'un Ordre professionnel a été sources de graves dissensions intra professionnelles. En l'espèce, l'énergie déployée ne fut pas mise au service de la profession mais d'une certaine conception de cette dernière. La raison ayant fini par l'emporter la profession, majoritairement unie, vient d'obtenir une avancée significative symbolisée par l'obtention d'une quatrième année d'études précédée d'une première année d'études universitaire (PACES, STAPS, STC).

Summary

The physiotherapist profession was officially born on April 30, 1946. From the late 19th century, massage, physiotherapy, gymnastics having entered the field of medicine and the law of November 30, 1892 entrusted to doctors monopoly all care techniques, they will appeal to auxiliary sure they will pre-service training to better control . The War of 1914-1918 "social scourge" will ensure the promotion of these empirical methods. The lack of professional masseurs who limited the access to these practices the medical profession will agree to delegate certain auxiliaries. It was not until World War II that a purely authoritarian manner is created medical gymnastics instructor profession and the medical masseur. These texts repealed in 1945, Law No. 46857 of 30 April 1946 designed to regulate the exercise of the medical professions gymnast masseur will create the profession of physiotherapist by giving it a legal monopoly of the massage. Very quickly this monopoly will be challenged and just as quickly the profession will manifest a desire for emancipation in relation to medical supervision. He will have to wait almost a quarter century (1969) to see achieve its main claim: a third year of study and 60 years for the Council of the Order (2006). The evolution of physiotherapy was, at first, hampered by the hegemonic designs of the medical profession and in a second stage conditional on regulatory harmonization policy paramedical professions conducted by public authorities and by societal choices. Subsequently the evolution of the profession will be affected by the establishment of quotas for access to studies that will encourage a large number of French youth (s) to undertake their studies in countries of the European Union. Subsequently, more and more EU citizens are exercising in France. The upheavals on morals appeared in the years 1960-1970, have abolished a number of prohibitions, have revolutionized attitudes favouring a search for well-being. The physiotherapists who discontinued hygienic and aesthetic massage others vindicated. The first were the beauticians who eventually win the case (massages to aesthetic purposes) followed by self-appointed wellness massage practitioners that case law has gradually legitimized. The creation of a Professional Order was intra sources of serious professional dissension. In this case, the energy expended was not put on the professional service, but of a certain conception of the latter. The reason has finally prevailed occupation, mainly united, has obtained significant progress symbolized by obtaining a fourth year preceded by a first year of university studies (PACES, STAPS, STC)

Discipline : Droit de la santé

Mots-clés : Kinésithérapie, massage, gymnastique médicale, cadre juridique, organisation profession, exercice professionnel

Keywords: Physiotherapy, massage, remedial gymnastics (orthopaedic), legal framework, organization of the profession, professional practice

Intitulé et adresse de l'U.F.R. ou du Laboratoire : Dynamiques du Droit, Centre Européen d'Etudes et de Recherche Droit et Santé, 39 rue de l'Université, 34090 MONTPELLIER CEDEX 2.

Table des principales abréviations

A-3PM	Association pour la Promotion des Professions Para-Médicales
ACOSS	Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale
ACT	Amélioration des Conditions de Travail
ADELI	Automatisation DES Listes
ADERF	Association pour le Développement et la Recherche en Réadaptation Fonctionnelle
ADJA	Actualité Juridique Droit Administratif
ADJA	L'Actualité juridique du Droit Administratif
AELE	Association Européenne de Libre-Echange
AFP	Agence France Presse
AFREK	Association Française de recherche en Masso-Kinésithérapie
ALP	Autorisation de Libre Pratique
ANAES	Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
APEMK	Année Préparatoire aux Etudes de Masso-Kinésithérapie
AP-HP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
APM	Agence Presse Médicale
ARAPL	Association régionale Agréée des Professions Libérales
AVH	Association Valentin Haüy
BCG	Billié Calmette et Guérin (Bacille)
BTS	Brevet Technicien Supérieur
CA	Cour d'appel
CAFIM	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier
CAFIM	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Moniteur
CAFIS	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Surveillant
CAFIS	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Surveillant
CARPIMKO	Caisse de Retraite des Pédicures, Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Pédicures-Podologues, Orthophonistes et Orthoptistes
Cass. com.	Cour de cassation, Chambre commerciale
CAA	Cour Administrative d'Appel
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CDOMK	Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
CDPI	Chambre Disciplinaire de Première Instance

CE	Conseil d'Etat
CEE	Communauté Economique Européenne
CEE	Communauté Economique Européenne
CEERRF	Centre Européen d'Enseignement en Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle
CES	Conseil Economique et Social
CFDT	Confédération Française Démocratique du Travail
CFE - CGC	Confédération Française de l'Encadrement C.G.C.
CFES	Certificat de Fin d'Etudes Secondaires
CFTC	Confédération des Travailleurs Chrétiens
CGC	Confédération Générale des Cadres
CGT	Confédération Générale du Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIROMK	Conseil Inter-Régional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
Civ. 1 ^{ère}	Cour de cassation, 1 ^{ère} chambre civile
Civ. crim.	Cour de cassation, chambre criminelle
CJA	Code de Justice Administrative
CJCE	Cour de Justice des Communautés Européennes
CLESI	Centre Libre d'Enseignement Supérieur International
CLIO	Comité de Liaison des Institutions Ordinales
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNESER	Conseil National de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
CNG	Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
CNIP	Centre National des Indépendants et des Paysans
CNKS	Collège National de la Kinésithérapie Salariée
CNOI	Conseil National de l'Ordre Infirmier
CNOMK	Conseil National de l'Ordre des masseurs Kinésithérapeutes
COR	Code des Occupations de Roumanie
CP	Code Pénal
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEM	Certificat d'étude préparatoire aux études médicales
CPMK	Centre Pédagogique de Masso-Kinésithérapie
CPP	Conseil des Professions Paramédicales
CRAE	Commission Régionale d'Autorisation d'Exercice

CRAE LR	Commission Régionale d’Autorisation d’Exercice Languedoc-Roussillon
CRDV	Centre de Rééducation pour Déficients Visuels
CRF	Croix Rouge Française
CROMK	Conseil Régional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
CSK	Conseil supérieur de la kinésithérapie
CSMF	Confédération des Syndicats médicaux Français
CSP	Code de la Santé Publique
CSPD	Commission Socio-Professionnelle Départementale
CSPP	Conseil Supérieur des Professions Paramédicales
CSS	Code de la Sécurité Sociale
DAP	Demande d’Accord Préalable
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DDOS	Différentes Mesures d'Ordre Social
DEA	Diplôme d'Etudes Approfondies
DEMK	Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute
DEP	Demande d’entente Préalable
DESS	Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
DEUG	Diplôme d'Etudes Universitaires Générales
DEUST	Diplôme d'Etudes Universitaires Scientifiques et Techniques
DGCCRF	Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la santé
DHOS	Direction de l’Hospitalisation et de l’Offre de Soins
DLM	Drainage Lymphatique Manuel
DRASS	Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale Jeunesse Sports et Cohésion Sociale
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, Sports et Cohésion Sociale
DUT	Diplôme Universitaire de Technologie
ECK	Ecole des Cadres en Kinésithérapie
EEE	Espace Economique Européen
EFOM	Ecole Française d’Orthopédie et de Massage
EHESS	Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
EHPAD	Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENA	Ecole Nationale d'Administration
ENRKE	Ecole Nationale de Rééducation et de Kinésithérapie
ENSEP	Ecole Normale Supérieure d'Education Physique et Sportive
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
ESSA	Ecole du service de santé des armées
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif
FFMKR	Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs
FFP	Fédération Française des Psychomotriciens
FHF	Fédération Hospitalière de France
FHP	Fédération de l'Hospitalisation Privée
FHP	Fonction Publique Hospitalière
FMF	Fédération des médecins Français
FNA	Fédération Nationale Autonome
FNEK	Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie
FO	Force Ouvrière
FRAK	Fédération Roumaine de Kinésithérapie (Federatia Romana a asociatiilor de kinoterapie)
HAS	Haute Autorité de Santé
HCPP	Haut Conseil des Professions Paramédicales
HPST	Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
HSFPH	Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFMK	Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
IGAENR	Inspection Générale de l'Administration, de l'Éducation Nationale et de la Recherche
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
ILFOMER	Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Réadaptation
IMC	Infirmité Motrice Cérébrale
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
INK	Institut National de la Kinésithérapie
INS	Institut National des Sports
INSEE	Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques
INSEP	Institut National du Sport, de l'Expertise et de la Performance
IRFSS	Institut Régional de Formation Sanitaire et Social

JORF	Journal Officiel de la République Française
JOUE	Journal Officiel de l'Union Européenne
Lebon, Rec.	Recueil Lebon - Recueil des décisions du Conseil d'Etat
LR	Languedoc-Roussillon
MG France	Fédération Française des Médecins Généralistes
MILIVUDES	Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires
NB	Nota Bene
NC	Nouveau Centre
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif Nationale des Dépenses d'Assurance Maladie
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PACA	Provence - Alpes - Côtes d'Azur
PACES	Première Année Commune aux Etudes de Santé
PCB	Physique, Chimie, Biologie (Certificat)
PCEM	Premier Cycle des Etudes Médicales
PCN	Physique, Chimie, Sciences Naturelles (Certificat)
RDS	Revue Droit et Santé
RDSS	Revue de Droit sanitaire et Social
RMO	Référence Médicale Opposable
RNCP	Répertoire National des Certifications Professionnelles
RPPS	Répertoire Partagé des Professions de Santé
RPR	Rassemblement pour la République
RTD Com	Revue Trimestrielle de droit commercial et de droit économique
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements de Santé
SAS	Section des Assurances Sociales
SCP	Société Civile Professionnelle
SDK	Société de Kinésithérapie
SEL	Société d'Exercice Libéral
SFIO	Section Française de l'Internationale Socialiste
SMCPP	Société de Médecine et de Chirurgie Pratiques de Paris
SML	Syndicats des Médecins Libéraux
SNCH	Syndicat National des Cadres Hospitaliers
SNDEMK	Syndicat National des Directeurs d'Ecoles de Masso-Kinésithérapie
SNECK	Syndicat National des Cadres Kinésithérapeutes

SNIFMK	Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie
SNIR	Système National Inter-Régimes
SNMKR	Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs
SNRP	Syndicat National des Rééducateurs en Psychomotricité
SNRTP	Syndicat National des Rééducateurs et Thérapeutes en Psychomotricité
STAPS	Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
STS	Sciences Technologies et Santé
SYFMER	Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation
TA	Tribunal Administratif
TSAP	Tableaux Statistiques d'Activité des Praticiens
UC	Union Centriste
UDF	Union pour la Démocratie Française
UDR	Union Démocratique pour la Vème République
UE	Union Européenne
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UFRM	Unité de Formation et de Recherche Médicale
UMP	Union pour le Mouvement Populaire
UMP	Union pour un Mouvement Populaire
UNAPL	Union Nationale des Professions Libérales
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNOCAM	Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie
UNOF	Union Nationale des Omnipraticiens Français
UNPS	Union Nationale des Professions de Santé
URML	Union Régional des Médecins Libéraux
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
WCPT	World Confederation for Physical Therapy - Confédération Mondiale de Thérapie Physique

INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIÈRE PARTIE - LA PROFESSION DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE : UNE ÉVOLUTION SOUS TUTELLE MÉDICALE.....	31
TITRE I - GENESE DE LA LOI DU 30 AVRIL 1946 TENDANT A REGLEMENTER LA PROFESSION DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE	32
Chapitre I - L'agrégation de deux professions liées au contexte herméneutique d'une période de l'histoire de France.....	32
Chapitre II - Profession de masseur-kinésithérapeute : organisation.....	89
Chapitre III - Des réformes limitées au bon vouloir du corps médical	117
TITRE II - UNE EVOLUTION MARQUEE PAR L'OBTENTION D'UNE 3EME ANNEE D'ETUDES	171
Chapitre I - Un processus évolutif bousculé par les évènements du printemps 1968.....	171
Chapitre II - La 3ème année d'études : l'aboutissement d'une longue quête du Graal	179
Chapitre III - Les années 1980 : Une réglementation rythmée par une inflation textuelle	225
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	249
DEUXIÈME PARTIE - LA PROFESSION DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE : UNE ÉVOLUTION DÉSORMAIS MULTIFACTORIELLE	255
TITRE I - UNE EVOLUTION ESSENTIELLEMENT LIEE A DES FACTEURS EXTERNES	261
Chapitre I - Une organisation commune aux différentes professions paramédicales	261
Chapitre II - La mise en place de quotas d'accès aux études de masso-kinésithérapie	304
TITRE II - UNE ÉVOLUTION EGALEMENT LIEE A DES FACTEURS INTERNES	411
Chapitre I - L'avènement contrarié du Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes	411
Chapitre II - Le monopole légal du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes à l'épreuve de la pratique quotidienne	523
Chapitre III - La reconnaissance du modelage à visée esthétique : la perte d'un monopole	553
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE	603
Conclusion générale.....	605
Bibliographie	627
Recueil chronologique de la législation et de la réglementation relatives à la profession de masseur-kinésithérapeute.....	657
Jurisprudence relative à l'exercice illégal du massage.....	687

INTRODUCTION GENERALE

SECTION I - UNE RECHERCHE GUIDÉE PAR UN PARCOURS PROFESSIONNEL PARTICULIER

En adoptant sans débat, le 30 avril 1946, la loi n° 46.857 du 30 avril 1946 tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur gymnaste médical et de pédicure l'assemblée nationale constituante² a créé une nouvelle profession appelée kinésithérapie regroupant des techniques d'essences très diverses, à savoir le massage, la gymnastique médicale, la rééducation fonctionnelle et la physiothérapie³.



(Extrait de « Le livre vers... de la masso-kinésithérapie », l'avenir est entre nos mains, CNOMK 2011, p. 17)

² 1ère Assemblée constituante (6 novembre 1945 - 10 juin 1946). Le premier gouvernement provisoire de la République française, issu de la Résistance, étant devenu le représentant du pouvoir légitime en France à la libération, rétablit la légalité républicaine, l'article 1er de l'ordonnance du 9 août 1944 précisant que « la forme du gouvernement de la France est et demeure la république, en droit celle-ci n'a pas cessé d'exister ». Par référendum, le 21 octobre 1945, à une très large majorité (96%), les Français se prononcent pour l'abandon des institutions de la Troisième République et l'élaboration d'une nouvelle constitution et valident la proposition d'élire une assemblée constituante et d'en limiter les pouvoirs. Celle-ci doit élaborer, conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 2 novembre 1945, un projet de constitution dans un court délai (7 mois), projet qui devra ensuite être ratifié par référendum. L'Assemblée constituante élit le Président du Gouvernement provisoire, contrôle le Gouvernement et détient le pouvoir législatif. (Sources : Assemblée Nationale.fr)

³ Physiothérapie : Utilisation thérapeutique d'agents naturels tels que l'eau douce ou salée (cures thermales, balnéothérapie, thalassothérapie), la boue (fangothérapie), certaines huiles minérales comme la paraffine (paraffinothérapie), le climat (soleil, altitude), la chaleur et l'électricité (courants continus ou discontinus à basse ou haute fréquence [diathermie, ionisation, ultrasons]), source : Larousse.fr.

Si la profession de masseur-kinésithérapeute a été au cours des vingt-cinq dernières années l’objet de travaux de recherche dans des domaines aussi divers que la médecine⁴, l’histoire⁵, la philosophie⁶, la sociologie⁷, la formation professionnelle⁸ ou les sciences de l’éducation⁹ jamais elle ne le fut dans celui du droit.

Étudier l’évolution d’une profession de santé réglementée comme l’est celle de masseur-kinésithérapeute d’un point de vue purement juridique peut sembler être une gageure tant le sujet est vaste et protéiforme. Nous aurions pu centrer notre travail sur les conséquences de la dualité d’un exercice professionnel outrageusement dominé par un secteur libéral¹⁰ hier encore majoritairement masculin, très enclin à protéger son « exception culturelle » alors que le groupe des masseurs-kinésithérapeutes salariés majoritairement féminisé travaille « [...] *en interprofessionnalité et interdisciplinarité dans le cadre du projet de soins d’établissement* [...]»¹¹ en revendiquant son appartenance au groupe des professions de rééducation qui se déclinent en sept métiers (masseur-kinésithérapeute, diététicien, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, psychomotricien). Au sein de ce groupe des professions paramédicales s’ils sont « minoritaires » par leur faible effectif, les masseurs-kinésithérapeutes représentent tout de même 85 % des personnels de rééducation hospitaliers¹² et de ce fait se considèrent plus comme appartenant à la grande famille des « agents du service

⁴ AUDEBRAND Jean-Michel, Situations actuelles et perspectives de la kinésithérapie en Europe vues de France, Thèse de doctorat en médecine, Université d’Angers, Faculté mixte de médecine et de pharmacie d’Angers, Juin 1992

⁵ REMONDIÈRE Rémi, Le geste et la plume : histoire d’une professionnalisation en devenir : les masseurs-kinésithérapeutes dans la France d’hier et d’aujourd’hui (1790-1990), Thèse pour le doctorat en sociologie, EHESS, Paris, 1996

⁶ SAME-BRILLANT Martine, Le toucher suspendu, thèse pour le doctorat de philosophie, Université Paris Est, décembre 2009

⁷ MONET Jacques, Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle : une spécialité médicale impossible, Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914, thèse pour le doctorat en sociologie, Université de Paris I Panthéon – Sorbonne, Institut des sciences sociales du travail, juin 2003

⁸ BALAS Stéphane, « Le référentiel, un outil de formation, un instrument de développement du métier. Le métier de masseur-kinésithérapeute en référence », thèse pour le doctorat du Conservatoire des Arts et Métiers, Formation des Adultes, Conservatoire National des Arts et Métiers, décembre 2011

⁹ JEULIN Jean Claude, Approche anthropologique du développement des compétences des masseurs-kinésithérapeutes : Conception d’un environnement informatique pour l’apprentissage en masso-kinésithérapie, thèse pour le doctorat de Sciences de l’éducation, Université d’Aix-Marseille, Ecole doctorale cognition, langage, éducation, juin 2014

¹⁰ Secteur libéral : 82%, secteur salarié : 18%, source : CNOMK Bilan inscriptions au tableau au 1er janvier 2013

¹¹ Charte du Masseur-Kinésithérapeute Salarié : article 7, Collège National du Kinésithérapeute salarié, 2001-2014

¹² GALIENNE Fernand, Masso-Kinésithérapie Hospitalière AP-HP, Analyse d’activité, mai 2000

public hospitalier » que comme les membres d'une profession jouissant d'une relative indépendance d'exercice dans les faits si ce n'est dans les textes ce qui contribue à exacerber les divergences intra-professionnelles alors que la pérennité de la profession exigerait une convergence gage d'unité.

Lorsque la profession sera dotée d'un Conseil de l'Ordre, c'est cette divergence d'approche de l'exercice professionnel qui sera la principale cause du rejet massif de l'institution ordinale par les masseurs-kinésithérapeutes salariés.

Nous venons d'évoquer l'écrasante domination de l'exercice libéral des masseurs-kinésithérapeutes. Mais l'est-il encore vraiment ? Si on s'en tient à une conception de la profession libérale qui a longtemps prévalu, ainsi que le souligne François VIALLA citant J. SAVATIER¹³, étaient désignées sous ce vocable les professions « *de la bonne société* » le plus souvent à caractère intellectuel, qualifiée en droit romain *d'operae liberales* car effectuées par des hommes libres. Cette conception de la liberté en matière d'exercice professionnel semble avoir perduré jusqu'à une époque récente, puisqu'en l'absence d'une définition juridique il était de bon ton de caractériser, par une série d'éléments positifs une activité libérale comme étant la pratique personnelle et en toute indépendance d'une science, d'une technique, d'un art où l'activité intellectuelle joue un rôle principal. Ainsi, l'article L.8221-6-1 du Code du travail dispose qu'« *est présumé travailleur indépendant celui dont les conditions de travail sont définies exclusivement par lui-même ou par le contrat les définissant avec son donneur d'ordre* ». L'absence de lien de subordination juridique est l'élément capital qui caractérise le travail indépendant. Cependant, en vertu de leur souverain pouvoir d'appréciation les magistrats n'étant pas liés par la qualification que les parties ont donnée au contrat se sont employés, en fonction des faits de l'espèce, à rechercher un faisceau d'indices en fonction de l'activité considérée¹⁴. A contrario, un ensemble de critères d'ordre social ou fiscal négatifs présentaient les professions libérales comme des activités non salariées, non agricoles et non commerciales.

En droit interne, la recherche d'une définition législative des professions libérales itérativement demandées par les organisations représentatives s'est longtemps heurtée à de

¹³ VIALLA François, l'introduction du fonds libéral en droit positif français, Thèse de doctorat en droit privé, Université Montpellier I, Faculté de droit, 1997, p. 68

¹⁴ ZYLBERBERG Mathilde, La distinction travail indépendant / salariat, Etat de la jurisprudence -La distinction travail indépendant / salariat - Etat de la jurisprudence, C. Cass. Bulletin du droit du travail n° 86, 3ème trimestre 2008 (Juillet-Août-Septembre), p. 3-11

grandes difficultés liées essentiellement au but recherché¹⁵. En l'espèce la France ne faisait pas exception. Une enquête sur la réglementation des professions libérales dans l'Union européenne, aux États-Unis d'Amérique et au Canada réalisée en 2005 par la direction générale du Trésor et de la politique économique avait constaté une absence de définition homogène des professions libérales¹⁶, certains États définissant les professions libérales de manière positive par rapport à des critères juridiques clairement établis (Canada) ou par des listes (Pologne) ou par la combinaison des deux (Allemagne) et d'autres, de manière négative, par rapport aux autres secteurs professionnels (République tchèque) et, à l'instar de la France par la combinaison de différents critères (Belgique).

Les premières définitions viendront des institutions communautaires. En 2001, le Juge communautaire va donner une définition d'ordre général « [...] *Les professions libérales visées à l'annexe F, point 2, de la sixième directive 77/388 [CEE du Conseil, du 17 mai 1977, en matière d'harmonisation des législations des États membres relatives aux taxes sur le chiffre d'affaires] sont des activités qui présentent un caractère intellectuel marqué, requièrent une qualification de niveau élevé et sont d'habitude soumises à une réglementation professionnelle précise et stricte. Dans l'exercice d'une telle activité, l'élément personnel a une importance spéciale, et un tel exercice présuppose, de toute manière, une grande autonomie dans l'accomplissement des actes professionnels.* »¹⁷. Par la suite, la définition adoptée par l'Union européenne¹⁸ sera dans un premier temps restrictive en étant limitée aux seules professions réglementées, l'article 3.a de la directive 2005/36 CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles¹⁹ énonçant qu'une profession réglementée est « [...] *une activité ou un ensemble d'activités professionnelles dont l'accès, l'exercice ou une des modalités d'exercice est subordonné directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives, à la possession de qualifications professionnelles déterminées ; l'utilisation d'un titre professionnel limitée par des*

¹⁵ PALASZ Marie-José, LAROQUE Michel, DEGRANDI Marie-Christine, Rapport sur Mission sur la définition des professions libérales et son impact, octobre 2011

¹⁶ Etude sur la réglementation des professions libérales, DCASPL A3 S Le Gall 0512synthese_etude_reglpl.doc

¹⁷ Cour de Justice des Communautés Européennes, Arrêt de la Cour (deuxième chambre) du 11 octobre 2001. - Christiane Adam, épouse Urbing contre Administration de l'enregistrement et des domaines. - Demande de décision préjudicielle: Tribunal d'arrondissement de Luxembourg - Grand-Duché de Luxembourg. - Sixième directive TVA - Notion de profession libérale - Syndic de copropriétés d'immeubles. - Affaire C-267/99. , Recueil de jurisprudence 2001 I-07467, source : <http://curia.europa.eu/juris/>

¹⁸ Il en est de même aux États-Unis, en Finlande, Hongrie, Italie, Lettonie, Lituanie, Portugal, Royaume-Uni et en Suède.

¹⁹ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, Journal officiel de l'Union européenne, Fr, L 255/22, 30 septembre 2005.

dispositions législatives, réglementaires ou administratives aux détenteurs d'une qualification professionnelle donnée constitue notamment une modalité d'exercice ». Dans un second temps²⁰ l'Union européenne a élargi cette définition aux professions libérales dans la mesure où elle a estimé qu'au sens de cette directive, une profession libérale est une profession réglementée exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité, de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public.

Il faudra attendre la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012²¹ pour qu'enfin les professions libérales se voient définies, l'article 29 énonçant que « *les professions libérales groupent les personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées et dans le respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle, sans préjudice des dispositions législatives applicables aux autres formes de travail indépendant.* ». La loi reprend tous les critères habituels : indépendance professionnelle, responsabilité personnelle, prestation principalement intellectuelle, qualifications professionnelles spécifiques, éthique et déontologie.

Mais pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux qui sont, à quelques exceptions près, tous conventionnés avec les Caisses d'assurance maladie qu'en est-il aujourd'hui de l'indépendance professionnelle ? L'évolution d'un système conventionnel qui l'est de moins en moins en devenant de plus en plus coercitif à l'encontre des professionnels de santé²² et plus particulièrement pour les professions paramédicales qui, ne disposant pas d'un droit de prescription ne peuvent accueillir leurs patients en première intention, nous oblige à nous poser cette question. Les contraintes imposées par la maîtrise dite médicalisée des dépenses de santé (référentiels, restriction au conventionnement) qui a remplacé la maîtrise comptable autorisent-elles encore à qualifier de libéral l'exercice des masseurs-kinésithérapeutes

²⁰ Rapport sur la proposition de directive du Parlement européen et du Conseil modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (COM(2011)0883 – C7-0512/2011 – 2011/0435(COD)), A7-0038/2013, 13 février 2013, p. 22

²¹ Loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives, article 29, JORF du 23 mars 2012, p. 5226

²² AUGUET Yvan, Concurrence et clientèle : Contribution à l'étude critique du rôle des limitations de concurrence pour la protection de la clientèle, L.G.D.J., avril 2000, (242), 249

conventionnés ?²³ On peut d'ailleurs élargir le débat à d'autres professions de santé. Ainsi, très récemment, l'action en répétition de l'indu engagé par une Caisse d'assurance maladie à l'encontre d'un infirmier exerçant à titre libéral sur la base d'un calcul théorique du temps de travail journalier dudit infirmier a été validée par les magistrats de la Cour de cassation²⁴ faisant craindre une possible évolution d'une activité libérale dans le domaine de la santé²⁵. Car, si les conventions signées entre l'Assurance maladie et les représentants des différentes professions médicales et d'auxiliaires médicaux sont toujours des contrats synallagmatiques imposant à chaque partie des obligations réciproques, la progression continuelle, longtemps incontrôlée, des dépenses de santé a induit la mise en place d'un objectif annuel des dépenses de santé²⁶ visant à maîtriser ces dernières. Sont alors apparues une succession de dispositions de plus en plus contraignantes mises à la charge des professionnels de santé, notamment ceux appartenant à la catégorie des paramédicaux. Elles furent d'abord comptables²⁷ par l'instauration d'un quota d'actes annuellement réalisables individuellement par chaque masseur-kinésithérapeute puis médicalisées avec l'apparition de référentiels²⁸ pour les pathologies le plus souvent prises en charge par ces derniers puis par la mise en place de mesures de restriction au conventionnement dans certaines zones dites surdotées²⁹, cette dernière mesure ayant fait récemment l'objet d'une censure par le Conseil d'Etat³⁰. Ce sujet pourrait être abordé d'une autre manière en prenant en considération l'influence qu'ont eue sur l'exercice libéral de la masso-kinésithérapie les multiples évolutions du système de santé

²³ Le système conventionnel a été institué par la Loi n°71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les Caisse d'Assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux modifiant les articles L.257, L.259 à L.265 et L.613-16 du code de la sécurité sociale (Conventions nationales), JORF du 06 juillet 1971, p. 6571. Sa raison d'être était de garantir à tous les patients un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire français. Pour cela, les professionnels de santé s'obligent à appliquer les tarifs conventionnels établis à partir de la Nomenclature Générales des Actes Professionnels et les Caisses à rembourser les honoraires facturés aux assurés sociaux.

²⁴ Cass. Civ. 2ème, 12 mars 2015, n° 14-14646

²⁵ SELUSI Sophie, « Action en répétition de l'indu à l'encontre d'un infirmier libérale : vers un changement de l'exercice de la profession ? », Revue droit et santé, juillet 2015, n° 66, p. 579-582

²⁶ Ordonnance no 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale, JORF du 25 janvier 1996, p. 1230 (ONDAM : Objectif nationale des dépenses d'assurance maladie).

²⁷ Ordonnance no 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale, JORF du 25 janvier 1996, p. 1230

²⁸ Article L.162-1-7 CSS modifié par l'article 50 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

²⁹ Avenant n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, article 1.2.1.1. Arrêté du 10 janvier 2012 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, JORF du 14 janvier 2012, p. 722

³⁰ CE, 17 mars 2014, n° 357594

français ainsi que celle à venir³¹ et l'immixtion de nouveaux interlocuteurs dans la relation binaire qui pendant de longues années a uni, pour le meilleur et pour le pire, l'Assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes. Parmi les sujets qui pourraient également faire l'objet d'un travail de recherche, à n'en pas douter l'impact des règles communautaires en matière de libre circulation des personnes et de services sur l'exercice professionnel de la profession serait d'un très grand intérêt dans la mesure où, en l'espèce, ce sont aussi bien la formation initiale que l'arrivée en masse sur le territoire français de ressortissants communautaires qui vont avoir des répercussions sur l'exercice quotidien de la masso-kinésithérapie. Depuis des années les quotas d'accès imposés par les pouvoirs publics sont contournés par un nombre sans cesse plus important de jeunes français qui après avoir effectué leurs études dans différents États membres de l'Union européenne (Belgique, Espagne, Allemagne et plus récemment Roumanie) feront, à l'instar des ressortissants communautaires attirés par les largesses de notre système de protection sociale en matière de prise en charge des soins, valider leur diplôme par les commissions régionales ad hoc pour pouvoir exercer sans restriction sur le territoire national.

Notre travail a été guidé par notre double compétence en masso-kinésithérapie et en droit. Diplômé d'Etat depuis quarante ans, avant d'embrasser l'exercice libéral, nous avons d'abord exercé en tant que masseur-kinésithérapeute salarié au sein de structures hospitalières publiques et privées puis, ayant obtenu le certificat de moniteur cadre chargé d'enseignement, nous avons conjointement assuré les fonctions de kinésithérapeute cadre hospitalier et d'enseignant temps plein au sein d'un IFMK du Sud-Est de la France. Désireux d'assurer la promotion et la défense de l'exercice de ma profession dès le début de notre exercice salarié nous nous sommes engagés dans l'action syndicale, d'abord au sein d'une Union locale d'une des grandes centrales syndicales puis, ayant choisi l'exercice libéral, c'est tout naturellement que nous avons adhéré à l'un des deux syndicats professionnels reconnus comme représentatifs (FFMKR). Depuis plus de trente ans, au sein du syndicat FFMKR 34, au titre de diverses fonctions Secrétaire général, Trésorier, etc. nous nous sommes mis au service de l'ensemble des consœurs et des confrères professionnels du département de l'Hérault (et aussi des régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées) pour assurer leur défense lorsqu'un contentieux les oppose à une Caisse d'Assurance Maladie et pour les représenter au sein des différentes commissions socio-professionnelles.

³¹ Projet de loi de modernisation du système de santé, n° 2302 1 2673, Chapitre III : Garantir l'accès aux soins, Article 18 : Généralisation du tiers-payant, adopté en 1ère lecture par l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015

Au cours de cette mission de représentation professionnelle, nous avons été le témoin de l'évolution et de la dégradation des relations conventionnelles entre les Caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé d'autant plus qu'au fil des années nos interlocuteurs n'étaient plus des membres des conseils d'administration des Caisses d'assurance maladie mais les responsables de la gestion du Risque, tous juristes patentés mais ne parlant pas le même langage que le commun des mortels ! À la fin de l'année 1997, l'interprétation partisane et fallacieuse de la mesure de restriction comptable des actes de masso-kinésithérapie³² a été l'apogée de ce malaise et pour nous l'élément déclencheur qui nous a incité à nous engager dans un cursus juridique complet pour nous battre « à armes égales » avec les juristes des Caisses d'Assurance maladie. Cette thèse est l'aboutissement de cette démarche personnelle destinée initialement à servir notre profession et ses acteurs et qui, par la suite, s'est inéluctablement élargi à l'ensemble des professions paramédicales.

Hier exclusivement au service des professionnels, la création du Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes nous a permis d'être élu conseiller départemental (CDOMK 34), conseiller régional (Secrétaire général CROMK LR). Investi de ses missions représentatives et chargé des pôles juridiques de ces deux structures ordinales nous pouvons, fort de la puissance que représentent les 94 % de masseurs-kinésithérapeutes inscrits au tableau, représenter efficacement la profession et servir au mieux ses intérêts.

En rédigeant cette thèse nous nous sommes attachés à étudier comment une pratique d'essence populaire devenue une spécialité médicale à la fin du XIXe siècle a donné lieu à la création d'une profession qui pour pouvoir obtenir son autonomie a très tôt fait allégeance au corps médical, aliénant ainsi son exercice professionnel pour plusieurs décennies. Au regard de l'évolution historique de ces pratiques et de leur médicalisation, nous avons choisi par une démarche herméneutique qui pourrait nous être reprochée car pouvant apparaître comme des digressions hors sujet, nous avons volontairement replacé chaque élément des différents stades de l'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute dans son contexte sociétal et politique. L'objet de notre recherche nous obligeant à « [...] parler d'un temps que les moins de vingt ans ne peuvent pas connaître [...] »³³, notre souhait a été de permettre aux lecteurs les plus jeunes de pouvoir replacer l'événement dans son contexte.

³² Ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale, article 1er-I-B, JORF du 25 janvier 1996, p. 1230

³³ La bohème, Charles Aznavour – Jacques Plante, 1965

Nous nous sommes efforcés de démontrer que la profession a vu son évolution conditionnée par différentes sujétions dont, pour la plupart, elle n'avait pas la maîtrise. Dans un premier temps l'évolution professionnelle a été, pourrions-nous dire, presque exclusivement liée³⁴ à l'hégémonie du pouvoir médical qui, en maintenant les masseurs-kinésithérapeutes sous sa subordination, a hypothéqué l'évolution professionnelle en les cantonnant dans un rôle d'exécutants et en leur imposant par la suite de partager leur domaine de compétences avec de nouvelles professions de rééducation. In fine, les masseurs-kinésithérapeutes vont être obligés de passer du statut d'auxiliaires médicaux, qu'ils partageaient avec les infirmières et infirmiers et les pédicures-podologues, à celui de « paramédicaux » et de se fondre autoritairement dans le conglomérat des professions paramédicales perdant de cette manière un peu plus de leur spécificité professionnelle.

Nous considérons que cette première phase évolutive qui a débuté, où peu s'en faut, avec la création de la profession le 30 avril 1946 s'est achevée le 28 mars 1969 lorsque le décret n° 69-282 a officialisé la troisième année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. En pratiquement un quart de siècle, à compter de la loi n° 46-857 du 30 avril 1946³⁵ qui est l'élément fondateur de la profession de masseur-kinésithérapeute, les textes réglementaires qui ont rythmé l'évolution de l'organisation des écoles de masso-kinésithérapie, du régime des études et des conditions des épreuves du diplôme d'Etat ont été peu nombreux (huit décrets et dix-neuf arrêtés ministériels) et les modifications qu'ils apportèrent ne concernaient que des détails techniques. L'enrichissement du contenu des études, l'allongement de la durée des études, demandé expressément à maintes reprises par les représentants professionnels du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie restèrent lettres mortes. Nous avons essayé de traduire ce fait par une analyse très descriptive de cet ersatz d'évolution. Il faudra la conjonction de plusieurs éléments, à savoir la création de nombreuses professions de santé dans des domaines voisins de la masso-kinésithérapie concomitamment à la reconnaissance d'une spécialisation de médecine de réadaptation et de rééducation fonctionnelle pour que les masseurs-kinésithérapeutes obtiennent la reconnaissance d'une

³⁴ Il nous faut souligner qu'en la matière les masseurs-kinésithérapeutes ont été bien souvent à l'origine de cette démarche de démembrement du domaine d'exercice. A l'origine des professions de psychomotricien et d'orthophoniste on retrouve des professionnels masseurs-kinésithérapeutes de formation. Il en sera de même bien plus tard avec les professions d'ostéopathes et de chiropracteurs. Et que dire du rôle joué par certains masseurs-kinésithérapeutes dans le développement du « massage bien-être » au sein d'une grande partie de la société française...

³⁵ On peut y associer la loi n°65-497 du 29 juin 1965 portant extension aux départements d'Outre-Mer des dispositions relatives à l'exercice des professions de masseur-kinésithérapeute, de pédicure et d'opticien-lunetier, JORF du 30 juin 1965, p. 5439

troisième année d'études qu'il est impossible de dissocier du vent de réformes qui a soufflé sur le monde étudiantin à la suite des événements de « mai 1968 ».

Dans un second temps, l'emprise médicale se fera plus discrète et l'évolution de la masso-kinésithérapie va être conditionnée aussi bien par des choix politiques (quotas d'accès aux études, tribulations ordinaires, maîtrise des dépenses de santé, directives européennes, etc.) que par des choix sociétaux (recherche du bien-être corporel, émergence de l'ostéopathie). En matière de choix politiques, l'inflation législative qui touche la vie politique française surtout depuis le début des années 1980³⁶(cf. graphique infra, source Assemblée nationale), s'est traduite en la matière par une foultitude de textes législatifs et réglementaires³⁷ qui ont cadencé les épisodes évolutifs de la masso-kinésithérapie. Ce phénomène inflationniste qui perdure a contribué à majorer la difficulté de notre travail de recherche.

Cependant, il est indéniable que la volonté des pouvoirs publics d'harmoniser les règles régissant les différentes professions de santé réglementées du secteur paramédical a, dans une certaine mesure contribué, à faire évoluer la masso-kinésithérapie même si un certain nombre de décisions réglementaires propres à la masso-kinésithérapie y ont également contribué. L'évolution sociologique de la société française va également contribuer à modifier l'exercice de la masso-kinésithérapie. En l'espèce, il nous a semblé impossible de passer sous silence les conséquences que la recherche effrénée du bien-être et du confort corporel, issus de la « philosophie soixante huitarde » ont eues sur l'exercice du massage, pratique monopolistique des masseurs-kinésithérapeutes.

Il en est de même en ce qui concerne la reconnaissance officielle d'une nouvelle profession bicéphale relative à la santé, à savoir l'ostéopathie et la chiropraxie que les masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes ont largement contribué à développer. Ceux-ci alliant un réel savoir-faire à un incontestable faire savoir présentant ces techniques comme une sorte de panacée miraculeuse finirent par obtenir dans un premier temps, en 2002, la reconnaissance du titre d'ostéopathe et de chiropracteur puis dans un second temps un encadrement réglementaire de ces pratiques. Par la suite, victime de son propre succès, cette profession dut

³⁶ Conseil d'Etat, Rapport public 2006 - Sécurité juridique et complexité du droit, Etudes et documents, mars 2006, p.229-233

³⁷ Entre 1946 et 1969 on dénombre 2 lois relatives à la masso-kinésithérapie, 8 décrets et 19 arrêtés ministériels se rapportant conditions d'études et de diplôme d'Etat. Sur une même période (1970 - 1993) on dénombre 12 décrets (+ 50%) et 37 arrêtés ministériels (+ 94,7%) et sur les vingt et une dernières années (1974-2014), nonobstant les grandes lois relatives à la santé dont certaines vont influencer grandement sur la profession de masseur-kinésithérapeute (Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article 108 : création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes), ce ne sont pas moins de 30 décrets (+ 50% par rapport à la période précédente et 91 arrêtés ministériels + 145,9% idem) qui seront promulgués.

faire face à une pléthore inquiétante de néoprofessionnels qui a largement contribué à enclencher un processus d'exclusion des professionnels de santé, et plus particulièrement des masseurs-kinésithérapeutes, de la formation initiale.

In fine, ce qui laisse espérer un avenir professionnel plus serein est l'actuelle orientation prise par la profession, désormais représentée par une institution ordinale qui ayant su, très rapidement, tirer les leçons des erreurs commises par les premiers dirigeants, erreurs qu'on peut qualifier « d'erreurs de jeunesse » est considérée par les pouvoirs publics et le monde politique comme réellement la voix et le porte-parole des masseurs-kinésithérapeutes. La preuve en est apportée par les victoires remportées par les masseurs-kinésithérapeutes lorsque par deux fois, à quelques années de distance, l'Ordre fut menacé de disparaître et par l'obtention d'une réforme importante du régime des études préparatoires au diplôme d'Etat avec l'obtention d'une quatrième année d'étude faisant suite à une année initiale effectuée au sein d'une université (PACES, STAPS, STC³⁸).

SECTION II - DES PRATIQUES PROFANES DEVENUES MEDICALES VALIDEES PAR LE PREMIER CONFLIT MONDIAL

La profession de masseur kinésithérapeute est officiellement née le 30 avril 1946³⁹ mais c'est à partir de la fin du XIXe siècle que la pratique du massage et de la gymnastique, à laquelle vont s'associer celles de la rééducation et de la physiothérapie⁴⁰, a pénétré le champ de la médecine.

Émerge alors une spécialisation, dont les frontières sont encore floues, car ne s'appuyant pas sur la localisation d'un organe, d'une population spécifique ou sur l'utilisation d'un appareillage particulier mais dont la finalité est de prévenir ou bien de réduire les séquelles liées à une perturbation des mouvements humains d'origine traumatique, neurologique ou rhumatologique.

³⁸ PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé, STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, STC : Sciences technologies et Santé

³⁹ Loi n°46.857 du 30 avril 1946 tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur gymnaste médical et de pédicure, JORF du 1er mai 1946, page 3653

⁴⁰ Physiothérapie : Utilisation thérapeutique d'agents naturels tels que l'eau douce ou salée (cures thermales, balnéothérapie, thalassothérapie), la boue (fangothérapie), certaines huiles minérales comme la paraffine (paraffinothérapie), le climat (soleil, altitude), la chaleur et l'électricité (courants continus ou discontinus à basse ou haute fréquence [diathermie, ionisation, ultrasons]), source : Larousse.fr.

Le corps médical a acquis l'exclusivité de l'art de guérir à la fin du XIX^e siècle⁴¹. Fort de ce monopole qu'il peut désormais défendre efficacement, il va s'approprier l'ensemble des pratiques soignantes et ce, au moment où émerge un processus de spécialisation médicale qui va mener les médecins à s'adjoindre les services d'auxiliaires qu'ils vont former pour assurer les gestes thérapeutiques externes, localisés et répétitifs donc facilement contrôlables⁴².

Un événement dramatique va apporter une preuve irréfutable de l'utilité de ces techniques. La guerre de 1914-2018, véritable « fléau social⁴³ », de par sa durée, que personne ne soupçonnait ainsi que par le nombre des victimes⁴⁴, va permettre à la médecine et aux disciplines qui lui sont associées (chirurgie, examens complémentaires, soins infirmiers, techniques rééducatives) de progresser à pas de géant. La multiplicité des blessures liée à l'évolution radicale de l'armement (balles, grenades, obus, etc.) va faire faire de remarquables progrès à la chirurgie réparatrice, notamment de la face, 11 à 14 % des blessés l'ayant été au visage avec 10 000 à 15 000 blessés de la face que l'on désignera sous le nom de « gueules cassées »⁴⁵.

Les chirurgiens militaires purent opérer avec précisions les blessés par balles ou par éclats de grenades ou d'obus, sans avoir à fouiller les blessures, après avoir localisé précisément les projectiles grâce aux ambulances radiographiques mises en place à l'initiative de Marie

⁴¹ Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, JORF 1er décembre 1892, p. 5749 - 5751

⁴² « [...] Le massage et la kinésithérapie, ne doivent pas être pratiquées librement, car en dehors du doigté, du tour de main nécessaire pour bien masser, il faut que la main qui masse soit toujours guidé par un esprit clairvoyant et instruit [...] », discours prononcé le 28 mai 1906, lors de la séance d'ouverture du Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine (Paris 28-31 mai 1906), par Paul Brouardel (1837-1906), docteur en médecine, médecin à l'hôpital saint Antoine puis à la Pitié-Salpêtrière à Paris, Doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie des Sciences. Commissaire du Gouvernement, il est un partisan acharné de la loi du 30 novembre 1892 à qui il a consacré de très nombreuses années tant pour sa rédaction que pour sa promotion.

⁴³ Fléau: calamité qui s'abat sur un peuple ; « Nos concitoyens (...) ne croyaient pas aux fléaux. Le fléau n'est pas à la mesure de l'homme, on se dit donc que le fléau est irréel, c'est un mauvais rêve qui va passer. Mais il ne passe pas toujours et, de mauvais rêve en mauvais rêve, ce sont les hommes qui passent, et les humanistes, en premier lieu, parce qu'ils n'ont pas pris leurs précautions » (Albert Camus, *La Peste*, p.50) Dictionnaire Le Robert, 2013.

⁴⁴ BOUDOT Jacques, Sénat, Commission des Finances, Rapport d'information 32 (1999-2000) « [...] En 1919, la France comptait 39 millions d'habitants. La mobilisation a touché plus de 20 % de la population, pratiquement 41 % des personnes de sexe masculin et 75 % des hommes de 20 à 35 ans. La mobilisation a porté sur 33 classes (de 1887 à 1919), les personnes appelées les plus âgées avaient 47 ans. Or, les pertes subies ont été à la mesure de l'importance des forces engagées. Les personnes tuées ou disparues au feu représentent 1.393.000 morts tandis qu'on évalue le nombre des blessés à 3.595.000 et que 56.000 personnes furent amputées. La population civile souffrit également. On dénombre 110.000 victimes mortes des suites de la guerre. Le conflit a laissé en outre 600.000 veuves et 986.000 orphelins [...] ».

⁴⁵ DELIGNY Michel, Médecin en chef, « Les gueules cassées de la Grande Guerre » Direction des études – ESSA de Lyon Bron, LES ASSISES DU CORPS TRANSFORME, Regard croisé sur le visage, sous la direction de Jacques Mateu, Mathieu Régnier, François Violla, Montpellier 08-10 novembre 2008, Les Etudes Hospitalières, 2009, p. 23-32

Curie⁴⁶. Cette dernière, désireuse de rendre utile sa découverte, va rapidement comprendre les possibilités des rayonnements émis par les substances radioactives et dès le début du conflit, elle va grâce à sa très grande renommée et son inaltérable volonté organiser et mettre en place une flotte d'environ une vingtaine d'ambulances, appelées « les petites Curies », ainsi que 200 postes fixes équipées de matériel de radiologie. Elle assurera la formation du personnel nécessaire et de plusieurs dizaines de médecins radiologues⁴⁷.

La Grande Guerre va avoir aussi un très grand impact sur la prise en charge des blessés que ce soit par les brancardiers sur le champ de bataille, puis par les infirmiers et les infirmières et les médecins au premier poste de secours puis à l'antenne chirurgicale, au centre spécialisé de l'avant (proche du front) et enfin au centre spécialisé de l'arrière.

Le massage et la rééducation, méthodes jusqu'alors réservées à des affections spécialisées, vont bénéficier d'une formidable promotion. De manière empirique, certes, le bénéfice constaté sur la récupération des blessés va porter au premier plan l'intérêt de ces techniques.

Des centaines de milliers de blessés vont bénéficier de soins de massages et rééducation, légitimant et valorisant ainsi la pratique du massage et de la physiothérapie en matière de récupération et la réinsertion des blessés. Ces techniques, caractérisées par la récupération ou la conservation d'une fonction défaillante sur des « invalides » selon la terminologie de l'époque associées à la fin du conflit à la réadaptation professionnelle sont majoritairement assurées par des infirmières, des volontaires ou des auxiliaires zélés et consciencieux.

En l'espèce, la contribution des masseurs dans la réadaptation des blessés de guerre pendant le conflit et les résultats qu'ils obtinrent (80 % de guérison, diminution de 30 % du taux d'invalidité, réduction des pensions militaires à vie) va être déterminante pour l'avenir de la profession.

À une grande échelle, preuve est apportée que cette technique manuelle, même si elle nécessite du temps et est éprouvante physiquement pour celui qui la pratique, permet de diminuer les séquelles musculo-tendineuses et articulaires et qu'associée à d'autres techniques (mécanothérapie, électrothérapie, balnéothérapie) son efficacité est bonifiée.

⁴⁶ CURIE Marie (1867-1934), physicienne et chimiste polonaise, naturalisée française. Prix Nobel de physique 1903 (avec son mari Pierre Curie et Henri Becquerel). Prix Nobel de chimie en 1911 pour ses recherches sur les radiations qui lui permirent d'isoler le polonium et le radium. En compagnie de sa fille (Irène Joliot-Curie) elle participera activement au secours des blessés, conduisant elle sa voiture au front, forme des dizaines de médecins radiologues, notamment américains, avec à ses côtés sa fille Irène. C'est là que les deux femmes reçoivent sans doute les doses les plus fortes de leur existence. Marie Curie meurt de leucémie en 1934, à 67 ans.

⁴⁷ MATHIEU Béatrice, rédactrice en chef adjointe, l'Expansion, « Que retenir de l'héritage de Marie Curie ? » chaîne Energie, mardi 15 mai 2012, sources : <http://energie.lexpansion.com/>

L'absence de médecins spécialisés et de masseurs professionnels va limiter le bénéfice du massage, de la mobilisation et de la rééducation motrice. Cette carence va justifier la mise en place de centres de formation dans les hôpitaux militaires et l'importation de masseurs étrangers en particulier suédois.

Cependant, la contribution de ces médecins et des masseurs dans la réadaptation des blessés de guerre pendant le conflit et les résultats qu'ils obtinrent (80 % de guérison, diminution de 30 % du taux d'invalidité, réduction des pensions militaires à vie) va être déterminante pour l'avenir de la profession⁴⁸. Alors qu'à l'époque aucune spécialité médicale n'était reconnue officiellement, nous pouvons affirmer que ces médecins furent les premiers spécialistes de médecine physique et de réadaptation. Même si à l'époque ces médecins qui « [...] *avaient accompagné ces blessés de guerre dans leur lente évolution vers la conquête d'une autonomie [ne] possédait [pas] les compétences nécessaires pour évaluer le dommage et [ne furent pas] à même de les accompagner lors de la procédure de réparation de leur dommage [...]* »⁴⁹ nous pouvons affirmer qu'ils furent également les premiers experts en matière de dommage corporel. En cela, que ce soit du point de vue de l'art médical ou bien de celui de l'évaluation des conséquences générées par les blessures de guerre « [...] *la pratique montre que ce n'est pas l'expert qui fait l'expertise mais l'inverse [l'expert] se doit de justifier qu'il est un bon technicien, c'est-à-dire qu'il est compétent dans le domaine de sa mission [...]* »⁵⁰. À une grande échelle, preuve est apportée que cette technique manuelle, même si elle nécessite du temps et est éprouvante physiquement pour celui qui la pratique, permet de diminuer les séquelles musculo-tendineuses et articulaires et qu'associée à d'autres techniques (mécanothérapie, électrothérapie, balnéothérapie) son efficacité est bonifiée.

Va alors progressivement se développer une dynamique de création de nouveaux métiers relatifs aux soins, ne demandant pas de connaissances médicales étendues, constituées d'auxiliaires des chirurgiens spécialisés.

⁴⁸ REMONDIÈRE Rémi, « L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946) », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques* [En ligne], 12 | 1994, mis en ligne le 27 février 2009, consulté le 11 décembre 2013. URL : <http://ccrh.revues.org/2753> ; DOI : 10.4000/ccrh.2753

⁴⁹ PELISSIER Jacques, VANNIER Anne-Laurent, MIMRAN Jean Mission de soin, assistance et conseil à la victime en vue de la réparation du dommage, réparation du dommage corporel et médecine physique et de réadaptation, SAU

⁵⁰ BACCINO Éric, « Réparation du dommage corporel : évaluation médicale des chefs de préjudice », in BACCINO Éric, PELISSIER Jacques, Réparation du dommage corporel et médecine physique et de réadaptation, SAURAMPS Médical, mars 2005, p.20-21

À compter de cette époque, le corps médical accepte, avec circonspection, de « déléguer » ses pouvoirs en matière de massage et de rééducation. Les premières à en bénéficier seront les infirmières, qui dans leurs cursus scolaires vont bénéficier d'une formation au massage, puis aux masseurs aveugles sous l'impulsion de la Fondation Valentin Huy. Ces derniers, ne pouvant pratiquer ni les soins courants ni la gymnastique médicale du fait de leur cécité, vont vainement réclamer d'obtenir l'exclusivité du massage !

Initialement sous la double tutelle des médecins et du corps infirmier, le groupe des masseurs médicaux va rapidement revendiquer son autonomie vis-à-vis des infirmières en se soumettant au pouvoir médical et en exprimant solennellement, lors de la création du syndicat des masseurs médicaux le 28 février 1927, l'engagement de ne jamais transgresser ni la lettre, ni l'esprit des lois qui régissent l'exercice de la médecine. Une première tentative fut près d'aboutir en 1937 mais il faudra attendre la période de l'Occupation pour que deux textes, promulgués de façon purement autoritaire, commencent à ébaucher les contours de la future profession de masseur-kinésithérapeute⁵¹. Une ordonnance du 3 novembre 1945 les abrogera ouvrant la voie à la loi du 30 avril 1946.

Pour comprendre le lent processus évolutif de la profession de masseur-kinésithérapeute, il est primordial de ne jamais oublier que le massage⁵², les mobilisations articulaires et à un moindre degré la gymnastique médicale sont des pratiques ancestrales, universellement pratiquées de manière empirique depuis la nuit des temps⁵³ par des praticiens (rebouteux,

⁵¹ Décret du 13 août 1942 instituant un diplôme d'Etat de gymnastique médicale, JORF du 21 août 1942, page 2872 ; Loi du 15 janvier 1943, JORF du 11 février 1943, page 394 et son décret d'application du 9 février 1944 créant le brevet de capacité professionnelle de masseur médical, JORF du 22 février 1944, page 559

⁵² Etymologiquement, le mot massage provient de l'arabe « massa » qui signifie « toucher », « palper » (FEW (Französisches Etymologisches Wörterbuch). Source : Dictionnaire étymologique français « Une représentation du trésor lexical gallo-roman », t. 19, pp.122-123). Mais sa racine peut se trouver dans le mot grec « massein » (frotter) ou bien du sanscritmakhr (san-skri). Sanscrit sanskrita, parfait, adj. La langue sanscrite, l'ancienne langue des brahmanes, langue sacrée de l'Indoustan.*Sm. Le sanscrit, la langue sanscrite." définition de Littré, abrégée par A. Beaujean). Il apparaît pour la première fois en 1779 (Le Gentil de la Galaisière, Guillaume-Joseph-Hyacinthe, « Voyage dans les mers de l'Inde, fait par l'ordre du roi, à l'occasion du passage de Vénus, sur le disque du soleil le 6 juin 1761 et le 3 du même mois 1769 », Éd. Originale, Paris : Imprimerie royale, 1779-1781, I, 128). La technique est séculaire. On la découvre dans la Caraka Saṃhitā Sūtra ou Carakasamhitā, qui est un traité médical de l'antiquité, considéré comme un des textes fondateurs de l'Āyurveda (Il s'agit du plus ancien des trois antiques traités de l'Ayurveda. La datation de l'ouvrage est incertaine, il s'agit d'un texte ancien (entre 175 av. J.-C. et 120 apr. J.-C.), attribué à Charaka, parfois orthographié Caraka (Devanāgarī : चरक), médecin, aurait vécu au Ier siècle. La tradition indienne le situe à une période beaucoup plus ancienne. Issu d'une famille brahmane, il est considéré comme un des principaux fondateurs de la science Ayurvédique, un système de médecine et de mode de vie qui semble avoir été développé il y a environ 5000 ans dans l'Inde ancienne). Il s'agit du plus ancien des trois antiques traités de l'Ayurveda.

⁵³ Depuis des millénaires le massage était pratiqué en Chine et en Inde. Le Père Huc, lazariste qui visita la Chine de 1844 à 1846 dans son ouvrage « Souvenirs d'un voyage dans la Tartarie, le Tibet et la Chine pendant les années 1844, 1845, 1846 » et le Père Amiot « Mémoires concernant les Chinois » nous apprennent que

souffleurs d'entorse, etc.) qui, sans aucun diplôme ni formation utilisaient en toute liberté un héritage familial leur ayant transmis le don de pratiquer de techniques manuelles issues du savoir populaire avant que ces dernières ne soient phagocytées par le corps médical à la fin du XIXe siècle. Les masseurs-kinésithérapeutes sont les héritiers de ces praticiens devenus orphelins de leurs pratiques qui, pour pouvoir exercer devront passer sous les fourches Caudines du corps médical. C'est cet asservissement à la tutelle médicale qui va en grande partie différencier les gymnastes médicaux des masseurs médicaux.

En effet, originellement issu des cadres militaires et notamment de la célèbre École de Joinville, les gymnastes vont dans un premier temps être exclusivement rattachés au Ministère de l'Éducation Nationale, qui va assurer leur formation. Lorsqu'à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle, sous l'impulsion du courant hygiéniste, le corps médical va étendre son emprise sur l'éducation physique, les gymnastes vont devenir médicaux en étant désormais placés sous la double tutelle de leur ministère d'origine et de celui de la Santé publique. À ce titre, ils garderont toujours une part d'indépendance vis-à-vis du corps médical.

Ces techniques manuelles ont connu une longue éclipse au Ve siècle, lorsque la chute de l'Empire romain va s'accompagner d'une stagnation et même d'une régression de l'art médical en Occident. L'emprise religieuse étant devenue très forte, le corps sera tenu en mépris, les moines médecins privilégiant les prières. Le massage va tomber alors dans l'oubli malgré l'œuvre de Avicenne⁵⁴. À partir du XVe siècle la Renaissance bouleverse l'appréhension de la notion de santé et de la vision du corps. Massage et gymnastique vont recouvrer leur intérêt⁵⁵. Désormais, l'intérêt pour le massage ne se démentira plus⁵⁶.

massage et gymnastique sont utilisés fréquemment et sont décrits dans des ouvrages en particulier le « Kong Fou » remontant à 2700 (?) avant Jésus Christ. Sir Williams Jones, orientaliste britannique de la fin du 18ème siècle, découvrit l'existence en Inde des Livres Sacrés, dont l'origine remonterait à environ 18 siècles avant Jésus Christ dont l'un, l'Ayur-Veda, est consacré à la médecine. On y préconise parmi les moyens thérapeutiques le massage et la gymnastique. Plus près de nous les médecins grecs pratiqueront et décriront la gymnastique et le massage. Hippocrate (460 – 370 av. JC) fait appel au massage, en particulier dans les raideurs articulaires ou après les luxations et les fractures. Asclépiade, (124 – 40 av. JC) médecin grec ami de César et Antoine, introduira à Rome la gymnastique thérapeutique, l'hydrothérapie et le massage. Celse (IIème siècle) et surtout Galien (129 -216) ont pratiqué le massage.

⁵⁴ Ibn Sînâ, connu sous le nom d'Avicenne, médecin et philosophe iranien né (980-1037). Il a traduit les auteurs anciens. Dans son remarquable traité « *Canons de la médecine* » qui servira de base aux études médicales en Occident et en Orient, il préconise, entre autre, le recours aux massages.

⁵⁵ Symphorien Champier (1471 – 1538) médecin de Charles VIII et de Louis XII y a recours.

⁵⁶ Boerhaave, médecin hollandais (1668-1738), Hofmann, médecin allemand (1660-1742), Nicolas Andry de Boisregard, doyen de la faculté de médecine de Paris, inventeur du mot orthopédie, vantent les bienfaits de la gymnastique et du massage. Clément Joseph Tissot, médecin et chirurgien, publie en 1780 « *Gymnastique médicale et chirurgicale* » ouvrage dans lequel il décrit avec précision les techniques du massage.

Au début du XIXe siècle le massage est utilisé partout en Europe mais reste l'apanage de quelques initiés car la majorité du corps médical n'est pas convaincue. La deuxième moitié du XIXe siècle va être une période d'expérimentations sur les effets du massage, réalisées le plus souvent par des médecins hospitaliers parisiens à l'initiative de Napoléon Laisné⁵⁷, qui feront l'objet de communications à l'Académie de médecine. Il serait trop long et hors du sujet de ce travail de citer toutes les études expérimentales de cette époque sur le massage. Effectuées en France, en Allemagne, en Autriche, en Suède, en Italie, en Angleterre, elles démontrent l'efficacité du massage dans certaines affections.

À la fin de ce siècle, on considère qu'il y avait deux types de praticiens. D'une part, les médecins qui n'utilisaient que très peu le massage, préférant former des « assistants masseurs » chargés d'appliquer strictement les techniques dictées par eux et les masseurs « hygiénistes », garçons de bains des stations thermales, garçons de salles des hôpitaux, anciens gardes-malades, qui exerçaient le plus souvent hors de tout contrôle⁵⁸.

À l'aube du XXe siècle, il est reconnu une certaine efficacité au massage mais le corps médical, dans son immense majorité, est toujours réticent car si cette technique de soins est pratiquée dans les hôpitaux par des médecins et des aides, elle l'est aussi, malheureusement, par de nombreux empiriques qui sévissent à l'extérieur des enceintes hospitalières d'où le discrédit qui pèse toujours sur cette pratique ou le pire côtoie le meilleur. À cette époque, l'engouement pour l'hygiénisme va avoir comme corollaire la renaissance des pratiques hydrothérapiques et hygiéniques contribuant ainsi à ce que l'usage du massage se répande au sein des établissements de cures thermales et dans les hôpitaux parisiens sous l'impulsion de médecins entreprenant une démarche pour que cette technique manuelle rejoigne le corpus des disciplines médicales⁵⁹ en opérant une totale dichotomie entre les massages thérapeutiques consacrés au « *corps malade* », dont ils auront l'exclusivité et les massages hygiéniques voués au corps sain. Ils prendront d'ailleurs un soin particulier à bien différencier

⁵⁷ Inspecteur de l'enseignement de la gymnastique à la ville de Paris, il créera de nombreux gymnases et surtout il obtient des autorités sanitaires, l'ouverture d'un gymnase – à l'hôpital des enfants, rue de Sèvres à Paris, puis à l'hôpital de la Salpêtrière. En 1868, Napoléon Laisné fait paraître plusieurs ouvrages dont un « Du massage, des frictions et manipulations appliqués à la guérison de quelques maladies ».

⁵⁸ MONET Jacques, L'approche historique de la kinésithérapie. Kiné actualité, n° 590, 11 avril 1996, SPEK, Paris

⁵⁹ Cf. MONET Jacques, Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle p.52

les deux pratiques en tentant d'exclure du vocabulaire médical le mot massage, jugé trop grossier, pour le remplacer par « *manipulations thérapeutiques* »⁶⁰.

Cette volonté de médicaliser la pratique du massage va avoir comme double conséquence d'entraîner l'apparition d'un corps de masseurs professionnels et paradoxalement de renforcer l'aura des « empiriques », guérisseurs, rebouteurs et autres magnétiseurs⁶¹ qui bénéficient, à cette époque, des faveurs d'une très large majorité de la population. Le massage hygiénique désormais revêtu du label médical, requalifié massothérapie, dont l'exclusivité de la pratique est désormais réservée aux médecins et plus tard à des aides qu'ils auront préalablement formés et qui ne pourront pratiquer que sous leur férule.

À ce titre la loi du 30 avril 1946 est l'aboutissement de la démarche de reconnaissance d'un exercice professionnel indépendant commencée depuis plus d'un quart de siècle par les masseurs médicaux qui, va les dégager de la tutelle du corps infirmier mais va les laisser sous celle exclusive et renforcée du corps médical qui va façonner cet exercice professionnel à sa guise.

SECTION III - UNE EVOLUTION PERTURBEE PAR LE CONTRAT VASSALIQUE INITIAL

Comme nous l'avons précédemment évoqué, les masseurs médicaux n'ont pu obtenir ce titre de masseur-kinésithérapeute, que la loi leur confère, qu'après avoir renouvelé leur serment de totale allégeance au corps médical en réaffirmant qu'ils n'exerceront leur profession « [...] *que sous le contrôle médical et sur ordonnance descriptive, qualitative et quantitative, dans les conditions prescrites par la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine* [...] »⁶² mais très rapidement les masseurs-kinésithérapeutes vont manifester des velléités d'indépendance par rapport au corps médical en réclamant dès 1946 la création d'un Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, ce qui se traduira par le dépôt d'un projet de loi relatif à la constitution d'un Ordre des masseurs-kinésithérapeute sous la tutelle des médecins

⁶⁰ DAILLY Eugène (docteur), Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales, Tome II, 4ème série, p. 809-814 et 863-868, Paris, Masson, 1865

⁶¹ Cf. MONET Jacques, p. 54

⁶² Article 3, Projet de Statut légal des infirmiers-masseurs. Adoption de la proposition de loi relative au statut légal des infirmières et des infirmiers, Chambre des Députés, 2e séance, 28 janvier 1937, p. 205

par le député Paul GUILBERT⁶³. À la suite de cette infructueuse tentative il leur faudra attendre 60 ans pour voir cette démarche aboutir.

Ce désir d'émancipation va se traduire également par la volonté d'augmenter le cursus scolaire initialement fixé à 2 ans. Il faudra près d'un quart de siècle pour que, coïncidant avec la grande remise en cause des structures de la société par le mouvement étudiant du mois de mai 1968, la durée des études soit portée à 3 ans⁶⁴.

Pour illustrer la tutelle castratrice des médecins, nous pouvons citer la publication en 1962 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels⁶⁵ qui après avoir rappelé explicitement dans un premier temps que les masseurs-kinésithérapeutes ont l'obligation de respecter strictement le quantitatif et le qualitatif des prescriptions médicales qui sont obligatoires pour pouvoir dispenser des soins thérapeutiques, va dans un deuxième temps instaurer une prohibition totale de toutes les manipulations articulaires. Nous pourrions évoquer la démarche entreprise à la même époque par le corps médical de démantèlement du domaine de compétence et d'activité des masseurs-kinésithérapeutes en organisant la création de nouvelles professions de rééducation. La création de ces différentes professions paramédicales à partir des années 1960 va être autant de « brèche » dans le domaine d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes. Si on excepte les aides-orthoptistes apparus les premiers en 1956, dont le domaine de compétence, à savoir la rééducation et la réadaptation fonctionnelle des troubles de la vue est aux antipodes de celui des masseurs-kinésithérapeutes, les professions qui suivront, orthophonistes (1964)⁶⁶, ergothérapeutes (1970)⁶⁷ et enfin les psychorééducateurs (1974)⁶⁸ seront autant de brèches dans leur domaine de compétence.

Cette sujétion du masseur-kinésithérapeute au médecin va contribuer à développer au sein de la profession un clivage entre une élite représentant la profession qui considère que la masso-

⁶³ DEROUET Antoine, La création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes : Processus de professionnalisation d'un groupe professionnel, Mémoire master 2, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2008, p. 26

⁶⁴ Décret n° 69-282 du 28 mars 1969 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 30 mars 1969 page 3175.

⁶⁵ Décret n° 62-106 du 18 janvier 1962, Annexe : Liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins, JORF du 1 février 1962, page 1111

⁶⁶ Loi n° 64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste, JORF du 11 juillet 1964, page 6174

⁶⁷ Décret n° 70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute, JORF du 10 novembre 1970, page 10417

⁶⁸ Décret n° 74-112 du 15 février 1974 portant création du diplôme d'Etat de psychorééducateur, JORF du 17 février 1974 page 1887

kinésithérapie est une profession et la majorité du corpus professionnel qui estime que ce n'est qu'un métier.

Étymologiquement, profession est un nom féminin emprunté du latin *professio*, – onis « *déclaration, déclaration publique, action de se donner comme* » d'où « *état, condition, métier* », dérivé de *professum*, supin⁶⁹ de *profiteri* « déclarer ouvertement ». Au XVI^e siècle le mot a d'abord été introduit avec le sens de « déclaration ouverte d'une croyance, d'une opinion, d'un comportement, d'où faire profession de... L'acceptation profession au sens de « métier » remonte au moyen français d'abord sous la forme de « *prophecie* » (1362) puis « *prophecion* » (1454) et enfin profession (XVII^e siècle)⁷⁰. Dans l'usage courant, la valeur du mot se restreint à « *métier ayant un certain prestige par son caractère intellectuel ou artistique ou la position sociale de ceux qui l'exercent* » ce qui le distingue de « *métier* » non marqué. Par métonymie, il recouvre l'ensemble des personnes exerçant la même profession (1716), spécialement considérée en tant que groupe représentant une certaine force sociale (1794). Professionnelle est dérivée tardivement de « *profession* » (1842), probablement sous l'influence de l'anglais *professional* « relatif à, concernant une profession » (v.1750), « de profession, dont c'est le métier » (1798)

Dans le dictionnaire Le Grand Robert de la langue française, métier est défini comme étant un nom masculin, qui tire son origine de *menestier* (v.881), *mistier* (v.980) et *mestier* (v.1135), doublet populaire de *ministère*, issu du latin *ministerium* dérivé de *minister* (→ministre). Le mot est d'abord attesté en français dans l'expression *lo Deo menestier* « le service divin » (spirituel, liturgique, pastoral) avant de prendre par extension le sens de « fonction, service » d'abord appliqué à des situations diverses avant de l'être à l'exercice d'une profession (*mestier* : service procurant une rémunération, v. 1200).

La locution gens de mestiers désigne d'abord ceux dont le métier exige des connaissances, c'est-à-dire des lettrés (1180) avant de prendre le sens d'« artisans » puis d'« ouvriers » entre le XV^e et le XVI^e siècle. Si dès l'ancien français (IX^e – XIII^e siècle), *métier* possède tous les sens développés par le latin, l'usage moderne est plus récent puisque dans le sens courant de « profession que l'on choisit » n'est passé en tête dans les dictionnaires qu'à partir de 1690.

Le métier est considéré comme étant une activité caractérisée par un travail manuel acquis par un apprentissage qui est une formation méthodique et complète permettant l'acquisition de

⁶⁹ Forme nominale du verbe latin qui peut jouer le rôle d'infinitif et dont le radical sert à la formation d'autres temps (part. passé en -us) dans la conjugaison latine.

⁷⁰ Alain Rey, Dictionnaire historique de la langue française, le Robert éd., 2012

savoir-faire homogène et validés. La profession, souvent assimilée comme synonyme de libérale est conçue comme « [...] *une profession exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public*⁷¹.

Jacques Monet, avec le talent qui le caractérise, doublé de son immense connaissance de la profession de masseur-kinésithérapeute a très clairement expliqué que la profession se différencie d'un métier en ce que, depuis le début du XX^e siècle, dans le langage courant « [...] *La profession devient de plus en plus synonyme de profession libérale et désigne les trois professions représentées classiquement par le droit, la médecine et le clergé. [...] Le métier dont la nature de l'activité semble être de type manuel [et qui] s'acquiert souvent par l'apprentissage qui fait appel à une homogénéité des savoir-faire et constitués, [...] la profession qui exprime l'idée de la classe à laquelle on appartient par ses occupations. Si le mot s'applique aussi bien au métier qu'aux autres formes de l'activité, le terme s'est restreint aux occupations dans lesquelles l'esprit et l'intelligence ont la plus grande part et où l'habileté manuelle est peu de chose, d'où l'expression les « professions libérales » les occupations intellectuelles ayant été jadis considérées comme plus dignes d'un homme libre que les métiers manuels [...] »⁷² et qu'en sociologie une profession a été définie comme « [...] *une occupation déterminée dont on peut tirer ses moyens d'existence [...] métier qui a un certain prestige par son caractère intellectuel ou artistique, par la position sociale de ceux qui l'exercent* »⁷³. Au cours des siècles, l'évolution du sens donné au mot métier a conduit à la conception qu'on en a à ce jour, à savoir « [...] *une valeur accessoire de « savoir-faire [le métier] souvent envisagé comme un gagne-pain qui fait plus appel à la dextérité manuelle qu'aux conceptions de l'esprit [...]. »**

Le métier étant considéré comme une activité de type manuel qui s'acquiert souvent par un apprentissage faisant appel à une homogénéité de savoir-faire. Jacques Monet citant Jean

⁷¹ Directive du n° 2005/36/CE du 7 septembre 2005 - Considérant n° 43, JO UE du 30 septembre 2005, p. L255/27,

⁷² MONET Jacques, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, une spécialité médicale impossible, genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*, Thèse pour le doctorat en sociologie, Université de Paris I - Panthéon Sorbonne, Institut des sciences sociales du travail, juin 2003, p. 22

⁷³ DUBAR Claude, TRIPIER Pierre, *Sociologie des professions* », Armand Colin, Paris, 1998, cité par MONET Jacques, cf. supra,

Marie Chapoulie⁷⁴ souligne qu'en la matière l'étude des professions est essentiellement une spécialité anglo-saxonne d'où ont émergé deux courants principaux, l'un fonctionnaliste et l'autre symbolique-interactionniste.

Le courant fonctionnaliste tend à démontrer qu'une profession se différencie du métier par l'acquisition et la maîtrise d'un certain nombre de prérogatives dont l'agrégation donne à une activité les spécificités d'une profession. Ce fut le cas pour les médecins au cours du XIX^e siècle, les membres du groupe élaborant une stratégie qui leur a permis de définir et de ne permettre qu'à leurs pairs de mettre en place leur activité professionnelle. Ces attributs confèrent une autonomie à l'activité et au groupe un pouvoir d'autocontrôle reconnu par la société. Le principal enjeu étant pour les membres du groupe de pouvoir procéder eux-mêmes à la détermination de leur activité et de s'en remettre à leurs pairs, pour définir qui va être autorisé à exercer et comment. À partir de là, vont être organisées, sous le contrôle et la direction de la profession mère, des activités subalternes caractérisées. Poursuivant son analyse, l'auteur cite les travaux de Freidson⁷⁵ qui a démontré comment la profession médicale a pu, avec le soutien de l'État, rendre illégales toutes les pratiques soignantes préexistantes (rebouteux, guérisseurs, etc.) et obtenir l'exclusivité de former des aides, essentiellement féminines, destinées à la seconder en leur confiant les tâches les moins « nobles » et les plus répétitives. Ces professionnels ayant pour caractéristiques communes d'être constituée majoritairement par une population féminine, à qui ont été dispensées des connaissances succinctes au cours de courtes études, volontairement peu approfondies et n'ayant aucun pouvoir de contrôle social de leur profession. Il insiste sur le fait que, pour Eliot Freidson, la « profession » s'inscrit dans une certaine manière de concevoir la division du travail et l'organisation de la société. Elle « [...] pose le problème du contrôle de l'exercice professionnel par les professionnels eux-mêmes, par l'État ou par les usagers ». Eliot Freidson, en l'espèce, utilise le mot de « *paraprofession* ». Pour lui, le métier paramédical est plus « *une réalité sociologique que technique* » car ses rapports à la profession dominante sont conditionnés par le fait qu'ils sont soumis à la discipline médicale. Jean Michel Chapoulie a parfaitement démontré que les métiers paraprofessionnels n'ont de cesse que de chercher à se donner un « [...] statut professionnel au moyen d'institutions identiques à celles correspondant à ce statut : cursus de formation standard obligatoire, si

⁷⁴ CHAPOULIE Jean-Michel. Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels. Revue française de sociologie. 1973, 14-1.

⁷⁵ FREIDSON Eliot, La profession médicale, Paris, Payot édit. 1984, traduction française de « *Profession of Medicine: A study of the sociology of applied knowledge* » New-York, Dodd, Mead & Co°, 1973

possible à l'université ; invention ou découverte de contenus théoriques à enseigner aux élèves ; code déontologique écrit ; tendance à encourager la délivrance de licences et l'inscription aux registres en vue d'exercer un contrôle sur les autorisations de travail ». L'approche « *interactionniste symbolique* », est basée sur l'analyse du travail humain. Le professionnel est celui qui a la capacité de déléguer des tâches ingrates et peu valorisantes à des tiers pour ne garder que ce qui est noble et valorisant (guérir les malades par exemple). Dans ce concept, il y a deux notions essentielles que Everett Hughes⁷⁶ a développées. La première, appelée « diplôme » (licence) est l'autorisation légale d'exercer une certaine activité que d'autres ne peuvent exercer. La seconde le « mandat » (mandate) est l'obligation légale d'assurer une fonction spécifique, ce qui peut aller jusqu'à la mise en place d'un monopole. Le « mandat » distingue deux attributs essentiels des professionnels pourvus d'un diplôme et d'un mandat. D'une part le secret professionnel et d'autre part, l'existence d'institutions destinées à protéger le diplôme et le mandat de ses membres. Le secret professionnel est un des aspects essentiels de la relation entre le professionnel, qui a reçu l'autorisation d'entendre tout en gardant le silence et son client. La nature même du « savoir » du professionnel est au cœur de la profession. Les organisations professionnelles (syndicats, Conseil de l'Ordre) se voient confier les missions de maintenir hermétiques les frontières de la profession, d'assurer l'enseignement et la pérennité d'un rituel traditionnel parmi les membres du groupe professionnel.

In fine Jacques Monet, pour qui, et il ne s'en cache pas, la masso-kinésithérapie est un métier et non pas une profession, conclut sa démonstration en faisant remarquer que le « métier paramédical » consiste plus à assister le médecin qu'à le remplacer dans la tâche décisive que représentent le diagnostic et la prescription. Par conséquent, tous les métiers paramédicaux, et bien évidemment parmi ceux-ci la masso-kinésithérapie, sont obligatoirement voués à la subordination du corps médical en matière d'autonomie et de responsabilité car comme l'a écrit Eliot FREIDSON « [...] *les connaissances techniques acquises par les paramédicaux lors de leur formation l'ont été pour la plupart auprès de médecins qui les ont découvertes ou rendues applicables ou pour le moins approuvées, le travail paramédical consiste plutôt à assister le médecin qu'à le remplacer dans sa tâche et les emplois sont subordonnés au*

⁷⁶ HUGUES Everett (1897-1983), professeur à l'université de Chicago ayant au cours des 1950, été le premier démontrer l'intérêt sociologique des métiers de service, en se démarquant tout à la fois de la sociologie industrielle et de la sociologie fonctionnaliste des professions. un des est l'un des principaux représentants de la pensée sociologique de l'école de Chicago. Sources : CARTIER Marie, Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Becker et Gold, résumé, <http://www.cairn.info/>

médecin ou s'exercent en général sur l'ordre de celui-ci. » Nous pensons qu'au moment de la création de leur profession, les masseurs-kinésithérapeutes étaient considérés par les médecins, par les pouvoirs publics et... par une majorité d'entre eux comme de simples aides assistants les médecins pour effectuer en leur lieu et place les tâches les moins nobles, les plus répétitives et les plus fatigantes de l'art de soigner et donc pratiquant un métier.

L'évolution des critères de sélection des étudiants désireux d'entreprendre des études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute associée à celle de l'exercice professionnelle a contribué à modifier le regard de la profession sur son statut professionnel. Aujourd'hui, seule une petite minorité pense toujours pratiquer un métier. L'immense majorité des masseurs-kinésithérapeutes sont convaincus d'appartenir à une profession. La création du Conseil de l'Ordre y a largement contribué.

De la même manière, que devons-nous penser du remplacement d'auxiliaire médical, qui qualifiait originellement les masseurs-kinésithérapeutes par l'appellation paramédicale. Peut-on considérer ces deux termes comme étant synonymes?

Auxiliaire est emprunté (1512) au latin *auxiliaris* (adj.) ou *auxiliarus* (adj. et n.) dérivés de *auxilium* « secours ». Les premiers emplois français sont des latinismes concernant les troupes envoyées en renfort avant de devenir d'un usage général au XVIIe siècle.⁷⁷ Actuellement ce mot est utilisé pour désigner une personne qui agit ou est utilisé en second lieu à titre de secours mais également une personne qui aide en apportant son concours à titre d'aide, d'adjoint, d'assistant, de collaborateur⁷⁸.

À compter du début des années 1970, progressivement le terme paramédical a été substitué à celui d'auxiliaire accompagnant en cela l'émergence de nouvelles professions de rééducation (orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, etc.). Para est un élément formant qui représente le préfixe grec *para* — tiré de la préposition *para* qui peut marquer l'origine ou l'auteur d'un acte médical et qui a souvent le sens d'« auprès de ». Para figure dans de nombreux termes empruntés au grec, le plus souvent par l'intermédiaire du latin ou adapté du Grec. Au XIXe et au XXe siècle il sert à construire de nombreux termes du vocabulaire médical et biologique. Au XXe siècle, il devient très productif, avec un second élément emprunté au vocabulaire de

⁷⁷ Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain Rey, Le Robert, 2012, p.248

⁷⁸ Dictionnaire Le Grand Robert de la langue française, édition numérique, 2014

la langue française (*paramédical*⁷⁹). D'un point de vue sémantique, *para* exprime souvent l'idée de contiguïté, de proximité spatiale ou d'appartenance à un domaine proche.

Nous pensons qu'au moment de sa création les masseurs-kinésithérapeutes étaient considérés par les médecins, par les pouvoirs publics et... par une majorité d'entre eux comme de simples aides assistants les médecins pour effectuer en leur lieu et place les tâches les moins nobles, les plus répétitives et les plus fatigantes de l'art de soigner.

L'appellation est quelque peu tombée en désuétude lorsque les techniques de soins continuant à se spécialiser, de nouvelles professions ont été créées, ayant chacune des domaines de compétence qui de facto éloignaient leurs membres du médecin prescripteur qui, hormis les spécialistes, ne maîtrisaient plus ces techniques. C'est ainsi que le terme paramédical a naturellement pris le leadership puisque les professions paramédicales exercent dans une sphère d'activité très proche de celle des médecins sans pour autant lui venir en aide hormis le fait qu'en respectant la prescription médicale le professionnel paramédical apporte aide et assistance au médecin pour sinon guérir au moins soulager le patient. La création du Conseil Supérieur des Professions Paramédicales⁸⁰ qui se substituera à feu le Conseil supérieur de la kinésithérapie en est la parfaite démonstration. Les pouvoirs publics ayant eu la volonté d'organiser de manière homogène toutes ces professions qui ont pour dénominateur commun de concourir au maintien ou à la restauration des capacités physiques et/ou psychiques des patients pour leur permettre de recouvrer « [...] *un état de complet bien-être physique, mental* [...] »⁸¹. Ainsi les masseurs-kinésithérapeutes seront inclus, à leur corps défendant, dans la masse des professions paramédicales. Cependant, en 2015, au sein du Code de la Santé publique, ils sont toujours répertoriés dans la catégorie des « auxiliaires médicaux »⁸² !

Parallèlement, le corps médical va poursuivre l'évolution de l'organisation de son exercice professionnel en obtenant la reconnaissance de spécialités. En l'espèce, malgré un long et houleux débat au sein même de la profession médicale sur la nécessité de conserver la rééducation comme une spécialité médicale à part entière, la reconnaissance officielle de la

⁷⁹ Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain Rey, Le Robert, 2012, p. 2425

⁸⁰ Décret n°73-901 du 14 septembre 1973 Conseil Supérieur des Professions Paramédicales, JORF du 20 septembre 1973, p. 10198

⁸¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (extrait), tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

⁸² Code de la santé publique, Partie législative, Quatrième partie : Professions de santé, Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, Titre II : Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue, Chapitre Ier : Masseur-kinésithérapeute, articles L4321-1 et s.

spécialité de médecine de rééducation et de réadaptation fonctionnelle interviendra en 1965 par la création d'un certificat d'étude spéciale de rééducation et de réadaptation fonctionnelle⁸³. Si l'emprise de ces médecins spécialisés sur les masseurs-kinésithérapeutes est peu importante en ce qui concerne l'exercice libéral, dans les structures de soins employant des auxiliaires médicaux elle sera totale apportant, une fois encore, la preuve que les médecins nullement l'intention d'abandonner la moindre parcelle de leur pouvoir en matière de soins.

Cependant, la masso-kinésithérapie va évoluer... au gré de la publication de textes réglementaires. En 1969, malgré la double opposition des médecins de rééducations fonctionnelles et de l'administration, la profession va enfin obtenir la troisième année d'étude⁸⁴ qu'elle réclamait depuis 1946. Il lui aura donc fallu leur faudra attendre près d'un quart de siècle pour obtenir une troisième année d'études. Parallèlement, la gouvernance des écoles de masso-kinésithérapie ne va plus être exclusivement l'apanage du corps médical, un masseur-kinésithérapeute moniteur devant assurer la fonction de directeur technique. Il faudra attendre encore vingt ans pour qu'une expérimentation permette à deux écoles de masso-kinésithérapie (Vichy et Dijon) de signer avec l'Université de médecine une convention organisant les modalités d'une 1^{re} année d'études préparatoires⁸⁵.

En 1985 puis en 1996, de nouvelles compétences vont être reconnues aux masseurs-kinésithérapeutes⁸⁶. Au début des années 2000, deux textes semblent ouvrir la voie de l'acquisition d'une amorce d'autonomie tout à fait nouvelle. Tout d'abord, avec l'abandon de la prescription quantitative et qualitative⁸⁷ qui précède de peu l'apparition de la notion de

⁸³ En 1984, ce certificat d'étude spéciale de rééducation et de réadaptation fonctionnelle deviendra un Diplôme d'études spécialisées (DES). Cette spécialité médicale adoptera en 1995 la terminologie internationale à savoir « médecine physique et de réadaptation ».

⁸⁴ Décret n°69-282 du 28 mars 1969 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 30 mars 1969, p. 3175

⁸⁵ Arrêté du 11 juillet 1989 relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 22 juillet 1989 page 9191

⁸⁶ Décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF 30 août 1985, page 10032 ; Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF 9 octobre 1996, p. page 14802 ; Décret n°2000-577 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 29 juin 2000, page 9767.

⁸⁷ Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins, JORF du 3 mars 2000, p. 3378; Loi 2002-303 du 4 mars 2002, article 48 (modifiant l'article L.4321-1 du code de la santé publique, JORF du 5 mars 2002, p. 4118

diagnostic kinésithérapique⁸⁸ et l'obtention d'un relatif droit de prescription⁸⁹. Enfin, en 2004, après bien des tribulations et autant de déconvenues, l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes est officiellement créé⁹⁰. Indéniablement l'institution ordinale va permettre à la profession de prendre son destin en main et d'agir avec plus d'efficacité pour (tenter de) faire aboutir les dossiers essentiels pour son avenir comme l'universitarisation des études préparatoires au diplôme d'Etat et leur reconnaissance au niveau Master.

Aujourd'hui, pourtant, les professionnels de la kinésithérapie sont en plein désarroi. Les progrès des techniques chirurgicales, tant dans le domaine de la traumatologie que dans le traitement des affections rhumatologiques ont considérablement bouleversé la prise en charge des patients. Dans un très grand nombre de pathologies le rôle du masseur-kinésithérapeute est devenu accessoire.

L'efficacité des campagnes vaccinales et des traitements antibiotiques ont fait disparaître des pathologies comme la poliomyélite⁹¹ ou la tuberculose⁹², ce qui a contribué à « vider » un peu plus le cœur du métier de masseur-kinésithérapeute. L'allongement de la durée de vie et son corollaire la prise en charge de la dépendance des personnes âgées en secteur ambulatoire confine, le plus souvent, le masseur-kinésithérapeute dans un rôle ingrat et peu valorisant de rééducateur de la marche alors que dans ce domaine, depuis peu, de nouveaux professionnels titulaires de Master Activité Physique Adaptée leurs sont préférés notamment dans les structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les concurrencent aussi directement dans la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques.

⁸⁸ Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, JORF 5 octobre 2000, p. 15763

⁸⁹ Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire, JORF du 13 janvier 2006, p. 532

⁹⁰ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (articles 108 & 109), JORF du 11 août 2004, p. 14277

⁹¹ Poliomyélite antérieure aiguë ou maladie de Heine-Medin : maladie infectieuse d'origine virale caractérisée anatomiquement par une atteinte des cornes antérieures de la moelle épinière sur une étendue limitée et cliniquement, par l'apparition brusque, après quelques jours de fièvre et de céphalée, d'une paralysie flasque localisée à un ou plusieurs groupes musculaires qui s'atrophient. Chez l'enfant et l'adolescent, la croissance osseuse est perturbée ce qui entraîne des déformations définitives. Jacques Delamare, Dictionnaire abrégé des termes de médecine, 4ème édition, Maloine, 2004

⁹² Tuberculose : Maladie infectieuse et contagieuse, inoculable due à un microbe, le *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacille de Koch, caractérisée anatomiquement par la dissémination des bacilles dans tout ou partie de l'organisme (le plus souvent les poumons) et la formation autour de chaque centre bactérien d'une production inflammatoire, revêtant en général l'aspect d'un tubercule. Jacques Delamare, Dictionnaire abrégé des termes de médecine, 4ème édition, Maloine, 2004

Dans le même temps, le déficit chronique et abyssal de notre protection sociale, les difficultés récurrentes du financement des dépenses de l'assurance maladie ont depuis plusieurs décennies générées des plans d'économie des dépenses de santé dont la profession a été, parmi les différentes professions de santé, le plus souvent la première « victime » avec pour conséquence une paupérisation de ses acteurs très mal vécue par ceux-ci. Ces contraintes économiques de plus en plus prégnantes sur l'exercice quotidien se traduisent par diverses mesures visant à maîtriser les dépenses de masso-kinésithérapie. Au cours de ces dernières années la forme a changé, après avoir été « comptables »⁹³ l'Assurance maladie⁹⁴ a substitué un « rationnement » des soins par le biais de référentiels pour certaines pathologies ou bien par l'expérimentation d'une rémunération forfaitaire pour les soins dispensés en EHPAD⁹⁵.

Enfin, focalisés sur le tout médical en matière de pratique quotidienne, les masseurs-kinésithérapeutes ont progressivement abandonné le secteur du bien-être et du confort, qui permettait à leurs pères et grands-pères de pouvoir vivre dignement de leur art à une époque où la protection sociale n'était pas encore pleinement opérationnelle et les prescriptions médicales de rééducation beaucoup moins nombreuses et systématiques qu'aujourd'hui, permettant ainsi à d'autres de pénétrer et de s'emparer de l'univers du massage. N'ayant pas pris conscience de l'engouement du public pour ce type de pratiques ils ont laissé à des personnes non titulaires du diplôme d'Etat, que la jurisprudence ne reconnaît plus comme coupable d'un exercice illégal de la masso-kinésithérapie, le soin de pratiquer des massages le plus souvent d'essence orientale. Sans s'en apercevoir ils ont été, dans les faits, dépossédés du monopole légal que leur avait octroyé la loi du 30 avril 1946.

Témoins impuissants mais en partie responsables de cette situation ils assistent depuis une dizaine d'années à la montée en puissance de l'ostéopathie et de la chiropraxie aussi bien l'esprit du grand public que dans celui de nos gouvernants. Alors que ces techniques leur ont été interdites par le corps médical depuis 1962, ils ont, là encore, largement contribué à cette situation. En effet ce sont des masseurs-kinésithérapeutes qui ont été en France les précurseurs de ces techniques manuelles qui s'apparentent au reboutage d'antan. À leur savoir-faire ces pionniers associèrent le faire savoir, utilisant à leur profit les très nombreuses

⁹³ Ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale, article 1er-I-B, JORF du 25 janvier 1996, p. 1230

⁹⁴ Caisse Nationale d'Assurance Maladie

⁹⁵ Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, JORF du 31 décembre 2010, p. 23487

condamnations pour exercice illégal de la médecine dont ils furent victimes pendant plusieurs dizaines d'année avant que l'article 75 de la loi du 4 mars 2002⁹⁶ ne reconnaisse le titre d'ostéopathe mais sans organiser la profession, ce qui sera réalisé en 2007⁹⁷.

Le malaise des masseurs-kinésithérapeutes est profond. Ils ont le sentiment d'assister impuissants au démantèlement de leur profession qu'ils estiment menacée dans son existence même. Ils se sentent mal aimés et abandonnés par les pouvoirs publics. Ils reprochent à leurs représentants syndicaux et ordinaux de peu ou mal les défendre. Aujourd'hui l'immense majorité de la profession est partagée entre colère et amertume.

Ces évolutions perturbent très significativement les repères des professionnels et particulièrement ceux des praticiens libéraux alors que l'évolution actuelle et envisagée de la profession va modifier le statut du masseur-kinésithérapeute en le faisant passer du rôle de technicien prescrit à celui de partenaire. Il apparaît que de plus en plus les médecins, surtout ceux de médecine générale, attendent de leurs partenaires masseurs-kinésithérapeutes un retour d'informations leur permettant, si nécessaire, de modifier le traitement prescrit voire son diagnostic. Cependant, il n'est pas certain que la majorité des masseurs-kinésithérapeutes perçoive cette attente.

Pour une partie de la profession, ce passage d'un modèle biomédical à un modèle de santé globale, place le kinésithérapeute dans une posture qui tend à l'éloigner de celle de « simple exécutant » d'une prescription médicale qualitative et quantitative, pour le rapprocher d'un rôle de didacticien de la santé. Dans son exercice professionnel quotidien, cela va se traduire pour le masseur-kinésithérapeute, par l'empathie qu'il va manifester, par la qualité de son écoute des plaintes et des doléances du patient ainsi que par la dispensation de conseils pertinents et d'informations adaptées aux différentes étapes du traitement masso-kinésithérapiques. Cette évolution va conduire à la construction d'un savoir en lien avec cette évolution des pratiques qui, loin d'opposer les kinésithérapeutes aux médecins, pourrait en faire des partenaires dans la prise en charge des patients, pour peu que ces savoirs trouvent une légitimité par une reconnaissance universitaire⁹⁸ qui est réclamée par la profession même

⁹⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118

⁹⁷ Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires, JORF n°73 du 27 mars 2007 page 5687 & Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, JORF du 27 mars 2007, p. 5662

⁹⁸ GATTO Franck, 2003. L'évaluation des compétences des Masseurs-Kinésithérapeutes pourrait-elle conduire à l'autonomie d'exercice de la profession ? Expertise du rapport Matillon intitulé : Modalités et conditions

si certains de ses représentants parmi les plus éminents estiment le masseur kinésithérapeute exerce un métier qui nécessite, certes, une formation plus longue et plus complète mais qui ne lui permet pas de se libérer de la tutelle médicale car « [...] *La kinésithérapie ne peut être accueillie en tant que science à l'université qui ne valide que des savoirs théoriques et non des savoir-faire appliqués dont l'inspiration empirique et profane ne facilite pas son admission* »⁹⁹.

Aujourd'hui, la profession s'est engagée dans un processus de réforme à l'issue incertaine du fait de son absence de représentation dans les différents organes décisionnaires et des querelles intestines entre syndicats professionnels et Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes qui parasitent l'action de différents représentants professionnels.

Traiter de la genèse et de l'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute exige d'exposer comment les détenteurs d'une pratique ancestrale d'essence populaire, annexée par le corps médical qui par un remarquable processus d'appropriation a réussi à en faire une spécialité médicale, ont procédé pour pouvoir continuer à pratiquer sans encourir le reproche d'exercer illégalement la médecine. L'évolution de la masso-kinésithérapie sera dans un premier temps entravée par une omniprésente tutelle médicale. Lorsque cette tutelle s'estompera ce sont essentiellement les choix sociétaux qui vont influencer sur l'évolution de la profession de kinésithérapie.

d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Kiné-Actualité n° 917, p. 2-4 ; Kiné-Actualité n° 918 p. 6-7. Société de Presse en Kinésithérapie (SPEK).

⁹⁹ MONET Jacques, Prolégomènes « La kinésithérapie, une spécialité médicale impossible ? » Le métier de kinésithérapeute : une approche socio-historique, Le livre vers.... de la masso-kinésithérapie, p.8, CNOMK, juin 2011

PREMIÈRE PARTIE - LA PROFESSION DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE : UNE ÉVOLUTION SOUS TUTELLE MÉDICALE

Le massage et la gymnastique médicale, techniques ancestrales universellement pratiquées depuis la nuit des temps furent, à partir de la fin du dix-neuvième siècle, revendiqués par les médecins qui, grâce à un habile processus d'appropriation, vont réussir la gageure de les médicaliser. Fort de l'exclusivité de l'art de guérir conféré par la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, ils vont obtenir l'exclusivité de ces pratiques soignantes, assimilées à des thérapeutiques. La Première Guerre mondiale avec ses centaines de milliers de blessés devant être soignés et remis sur pied pour leur permettre... de retourner au combat apporta la preuve irréfutable que le massage et la rééducation fonctionnelle¹⁰⁰ étaient très efficaces mais qu'elles nécessitaient un investissement important en temps et en énergie. De ce constat, les pouvoirs publics vont tirer la leçon. Ayant pris conscience de l'utilité de former et de structurer un corps professionnel spécialisé, c'est à partir du corps infirmier que vont progressivement apparaître les masseurs.

Cependant une particularité sociologique, récemment apparue au milieu du vingtième siècle, va créer un nouveau corps professionnel regroupant les masseurs médicaux et les gymnastes médicaux sous la dénomination de « masseurs-kinésithérapeutes » et va leur confier un monopole légal en matière de massage, qu'il soit thérapeutique, hygiénique, sportif ou de confort et de gymnastique médicale. Pour pouvoir obtenir cette reconnaissance professionnelle que la loi du 30 avril 1946 leur confère les masseurs médicaux, comme nous l'avons déjà précisé, ont dû réitérer leur serment d'allégeance à l'entière subordination du corps médical¹⁰¹ ce qui entravera jusqu'à ce jour l'évolution de la profession.

¹⁰⁰ Loi du 2 janvier 1918 Rééducation fonctionnelle, Office National des Mutilés et Réformés de la guerre, JORF du 3 janvier 1918, p. 99 « [...] Toutes les fois qu'il n'y a pas impossibilité matérielle, la rééducation professionnelle des mutilés et réformés de la guerre doit être faite simultanément avec la rééducation fonctionnelle ».

¹⁰¹ Edouard Gisselbrecht, Législation-Déontologie, Lois médico-Sociales et Morale Professionnelle, édition à compte d'auteur, deuxième édition, Paris, 1955 ; article 3 du projet de statut légal de la profession de masseur « les infirmières et infirmiers de TOUTES catégories ne peuvent exercer leur profession que sous le contrôle médical et sur ordonnance descriptive, qualitative et quantitative, dans les conditions prescrites par la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine » « nous voulions ... donner un témoignage de probité professionnelle au Corps médical organisé, en réaffirmant ... l'engagement solennel que nous avons pris le 28 février 1937, lorsque nous avons voté ce jour-là en Assemblée générale – du syndicat des infirmiers-masseurs-que nous ne transgresserions ni la lettre, ni l'esprit des lois qui régissent l'exercice de la médecine ... »

Cette loi s'inscrit dans le contexte particulier qu'est celui de la France à la Libération et dans la période immédiate de l'après-guerre. Elle est le prolongement d'un certain nombre de projets réglementant l'exercice des professions médicales ou d'auxiliaires médicaux (infirmiers et infirmières¹⁰²) ou encore le service social (statut des assistantes et auxiliaires du service social et les infirmiers et infirmières¹⁰³). Pour comprendre ce qui a motivé le législateur en l'espèce, il faut considérer le contexte herméneutique de la France de la reconstruction¹⁰⁴.

TITRE I - GENESE DE LA LOI DU 30 AVRIL 1946 TENDANT A REGLEMENTER LA PROFESSION DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

Dans les mois qui suivent la fin de la deuxième guerre mondiale, les gouvernants de la Libération vont concrétiser en matière de santé, comme dans les autres domaines économiques, leur volonté de planifier les différents secteurs professionnels de la vie française en légiférant en la matière.

CHAPITRE I - L'AGREGATION DE DEUX PROFESSIONS LIEES AU CONTEXTE HERMENEUTIQUE D'UNE PERIODE DE L'HISTOIRE DE FRANCE

Paragraphe 1 Le contexte herméneutique de la France de la reconstruction

Le contexte particulier de cette époque est rappelé dans l'exposé des motifs en préambule de la loi « *Organiser l'ARMEMENT SANITAIRE du pays afin d'en assurer la valeur et l'efficacité* ». L'armement sanitaire du pays est une des facettes de la planification à la française. Au lendemain de la deuxième guerre mondiale, la France se trouve particulièrement affaiblie. La planification qui va être entreprise vise à réformer l'obsolescence des structures de la société française mise en exergue par le deuxième conflit mondial. Pierre Laroque¹⁰⁵,

¹⁰² Loi n°46-330 du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers, J.O. du 9 avril 1946 page 2958

¹⁰³ Loi n°46-330 du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers, J.O. du 9 avril 1946 page 2958

¹⁰⁴ La France de la reconstruction 1945-1946. En 1945, la France est un pays fragilisé. Aux 635 000 victimes de la guerre s'ajoutent d'importantes destructions matérielles et une économie déstabilisée par une importante dépréciation monétaire et de graves difficultés d'approvisionnement qui imposeront la persistance des tickets de rationnement jusqu'en 1947. Source : <http://www.charles-de-gaulle.org/>

¹⁰⁵ LAROQUE Pierre, 1907 – 1997, Conseiller d'Etat, est resté dans la mémoire collective comme le “père fondateur” de la Sécurité sociale. Il se préoccupa en effet durant toute sa carrière des problèmes sociaux. Sources <http://www.conseil-etat.fr>

considéré par tous comme le père fondateur de la Sécurité sociale déclare : « [...] *la France est sortie de la guerre particulièrement meurtrie. Les vieux cadres sont brisés. Il faut reconstruire. Il faut faire du neuf sous l'angle social, comme sous l'angle économique [...]* ».

À la libération, Jean Monnet, en tant que commissaire au Plan, de décembre 1945 à 1952 est chargé de relancer l'économie. La tâche est énorme. Il faut reconstruire un pays dévasté par deux très longs conflits en moins de trente ans. L'intuition créatrice et le sens pratique de Jean Monnet vont le conduire à reproduire ce qui a été un succès lors du dernier conflit : la planification de l'économie de guerre. La reconstruction se doit de l'être aussi, avec comme objectif d'insuffler du dynamisme pour lancer la reconstruction et la modernisation de l'appareil de production. Tout d'abord empirique, servi par l'intuition créatrice et le sens pratique de Jean Monnet, la planification « à la française » traduit un souci de rationalité qui va concerner tous les domaines de la vie économique et sociale.

En se dotant de très larges compétences réglementaires, économiques et sociales, l'État régalien « ordre-sécurité-justice » devient État-providence en mettant en place de complexes mécanismes de redistribution des richesses avec comme principaux objectifs la protection sociale et la justice sociale. Pour assurer la valeur et l'efficacité des réformes, l'État va assumer ces nouvelles et très importantes responsabilités en concertation avec les partenaires sociaux mais en en confiant la mise en œuvre à une Haute administration toute-puissante qui décide autoritairement le plus souvent. Dans cette optique le législateur, va doter le pays d'outils nouveaux en matière de santé en prenant exemple sur ce que d'autres pays en Europe et en Amérique du Nord ont déjà réalisé. L'armement sanitaire du pays va être, pour une large part, réalisé par un important arsenal législatif.

En matière de protection sociale, les ordonnances des 4 octobre¹⁰⁶ et 19 octobre 1945¹⁰⁷ promulguées par le gouvernement du Général de Gaulle créent une organisation de la Sécurité sociale, fusionnant toutes les anciennes assurances (maladie, retraite... et constituant une rupture avec une ancienne forme de prise en compte du social qui datait de l'avant-guerre. Les ordonnances prévoient le principe d'une « *gestion des institutions de Sécurité sociale par les intéressés* » et vont généraliser l'accès aux soins à toute la population. Qualifiant les régimes

¹⁰⁶ Ordonnance n°45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité Sociale, J.O. du 6 Octobre 1945

¹⁰⁷ Ordonnance n°45-2453 du 19 octobre 1945 modifiant et codifiant la législation sur les accidents de travail et les maladies professionnelles et adaptant cette législation à l'organisation de la Sécurité Sociale, J.O. du 20 octobre 1945 page 6714; Ordonnance n°45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions agricoles, J.O. du 20 octobre 1945 page 6721

particuliers de Sécurité sociale existant de provisoires, les ordonnances devaient organiser leur fusion avec le régime général lorsque les décrets d'applications seront promulgués. Le 22 mai 1946¹⁰⁸ est adoptée la loi posant le principe de la généralisation de la Sécurité sociale à l'ensemble de la population à l'exception des professions non salariées non agricoles qui s'y opposeront¹⁰⁹. Cette loi ne fut jamais mise en application. La loi du 22 août 1946¹¹⁰ étend les allocations familiales à pratiquement toute la population et la loi du 30 octobre 1946¹¹¹ intègre la réparation des accidents du travail à la Sécurité sociale.

Pour ce qui est de l'organisation des soins, l'ordonnance du 24 septembre 1945¹¹², après avoir rappelé dans l'exposé de ses motifs que les différents textes mis en place sous l'autorité du gouvernement de Vichy sont « *contraires à la légalité républicaine et ne peuvent être maintenus* », fixe les conditions légales de l'exercice de la médecine et crée l'Ordre des médecins, l'Ordre des chirurgiens-dentistes et l'Ordre des sages-femmes.

Promulguée dans le contexte particulier que nous venons d'évoquer, la loi du 30 avril 1946 répond à plusieurs impératifs que le législateur rappelle dans l'exposé des motifs de la loi.

En premier lieu, il faut « [...] réserver l'exercice de ces professions à de véritables professionnels qui collaborent avec le corps médical [...] ». Implicitement, le législateur a souhaité exclure de ce vaste champ thérapeutique tous ceux que le corps médical qualifie « d'empiriques » ou de « charlatans ». Ensuite, il faut assurer « [...] l'efficacité des traitements (et) enlever toute chance d'erreurs [...] » et in fine « [...] écarter les pratiques irrégulières qui, sous le couvert de massage, servent la prostitution clandestine [...] ».

Le rebouteux et la prostituée sont des prétextes depuis très longtemps utilisés pour distiller le soupçon et la méfiance vis-à-vis du massage¹¹³. Cette volonté d'éradiquer toute dérive du

¹⁰⁸ Loi du 22 mai 1946 portant généralisation de la sécurité sociale ? JORF du 23 mai 1946, p. 4475

¹⁰⁹ MOITRIER Jean. Y-a-t-il un plan français de Sécurité sociale ? In: Revue économique. Volume 18, n°2, 1967. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/reco_0035-2764_1967_num_18_2_407755

¹¹⁰ Loi fixant le régime des allocations familiales, J.O. 23 août 1946, p.7350, rectificatif J.O. du 3 septembre 1946, p. 7631

¹¹¹ Loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, JORF du 31 octobre 1946, p. 9273

¹¹² Ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, J.O. 28 septembre 1945;

¹¹³ Etymologiquement, le mot massage provient de l'arabe « massa » qui signifie « toucher », « palper » (FEW (Französisches Etymologisches Wörterbuch), Dictionnaire étymologique français « Une représentation du trésor lexical gallo-roman », t. 19, pp.122-123). Mais sa racine peut se trouver dans le mot grec « massein » (frotter) ou bien du sanscrit makhr (san-skri). Sanscrit sanskrita, parfait, adj. La langue sanscrite, l'ancienne langue des brahmanes, langue sacrée de l'Indoustan.*Sm. Le sanscrit, la langue sanscrite." définition de Littré, abrégée par

massage n'est pas nouvelle, car depuis des siècles en France, le massage est systématiquement associé à la prostitution. Cela au fait que cette technique aux vertus thérapeutiques et hygiéniques était pratiquée à l'époque romaine dans les thermes et les gymnases qui, au moment de la décadence de l'Empire romain, vont devenir pour beaucoup des lieux de débauche et de luxure, ce qui va contribuer pour longtemps à forger au massage ainsi qu'aux soins corporels une mauvaise réputation car associés à des mœurs douteuses. Le massage aura désormais une image altérée. Il faudra attendre la Renaissance pour qu'il soit de nouveau pratiqué, dans un but médical. Malgré cela, restera accolée au massage une image sulfureuse surtout s'il est pratiqué en dehors des murs de l'hôpital et de surcroît par des femmes !

L'exigence morale qui marque la Libération ainsi que l'obligation de se conformer à la législation internationale¹¹⁴ incite les députés à faire évoluer la réglementation relative à la prostitution. De surcroît, les femmes venant d'obtenir le droit de vote¹¹⁵, il semble inconcevable d'ignorer les conditions de vie scandaleusement misérables de ces femmes vivantes recluses dans les maisons closes.¹¹⁶ Jusqu'alors adepte du réglementarisme en la matière, la France opte pour un ersatz de politique abolitionniste¹¹⁷.

A. Beaujean). Il apparaît pour la première fois en 1779 (Le Gentil de la Galaisière, Guillaume-Joseph-Hyacinthe, « Voyage dans les mers de l'Inde, fait par l'ordre du roi, à l'occasion du passage de Vénus, sur le disque du soleil le 6 juin 1761 et le 3 du même mois 1769 », Éd. Originale, Paris : Imprimerie royale, 1779-1781, I, 128). La technique est séculaire. On la découvre dans la Caraka Saṃhitā Sūtra ou Carakasamhitā, qui est un traité médical de l'antiquité, considéré comme un des textes fondateurs de l'Āyurveda (Il s'agit du plus ancien des trois antiques traités de l'Ayurveda. La datation de l'ouvrage est incertaine, il s'agit d'un texte ancien (entre 175 av. J.-C. et 120 apr. J.-C.), attribué à Charaka, parfois orthographié Caraka (Devanāgarī : चरक), médecin, aurait vécu au Ier siècle. La tradition indienne le situe à une période beaucoup plus ancienne. Issu d'une famille brahmane, il est considéré comme un des principaux fondateurs de la science Ayurvédique, un système de médecine et de mode de vie qui semble avoir été développé il y a environ 5000 ans dans l'Inde ancienne). Il s'agit du plus ancien des trois antiques traités de l'Ayurveda.

¹¹⁴ Convention internationale relative à la répression de la traite des femmes majeures, Genève, 11 octobre 1933 ratifiée par la France le 8 janvier 1947

¹¹⁵ Le 21 avril 1944, l'article 17 de l'ordonnance portant organisation des pouvoirs publics en France après la Libération dispose que « les femmes sont électrices et éligibles dans les mêmes conditions que les hommes ». C'est l'aboutissement d'un long processus sociétal dont le général De Gaulle fut un ardent défenseur. Le 18 mars 1944, il déclare devant l'Assemblée consultative provisoire que « le régime nouveau doit comporter une représentation élue par tous les hommes et toutes les femmes de chez nous ». Le 24 mars, l'Assemblée consultative provisoire adopte par 51 voix contre 16 un amendement instaurant le vote des femmes. L'article 17 de l'ordonnance du 21 avril 1944 portant organisation des pouvoirs publics en France après la Libération dispose que « les femmes sont électrices et éligibles dans les mêmes conditions que les hommes ». Source <http://www.assemblee-nationale.fr/>

¹¹⁶ ALLINE Jean Pierre Allinne, 2. Le temps des doutes 1920/2004, L'Harmattan, 2004

¹¹⁷ RICHARD Marthe (1889-1980), Conseillère municipale, aviatrice, ex-prostituée, à la biographie controversée. À 16 ans, Marthe est inscrite comme prostituée dans les registres policiers. Elle épouse en 1905 un homme fortuné et serait devenue l'une des premières femmes à décrocher le brevet de pilote d'avion. Elle aurait ensuite été espionne pour la France pendant la guerre et devenue veuve aurait travaillé en Espagne.. Sa biographie reste fantaisiste jusqu'en 1945, où elle est devenue une femme respectable et respectée qui va, en 1945, alors qu'elle a été élue conseillère municipale du IVème arrondissement de Paris s'engager dans une

Le projet de loi visant à abolir les « maisons closes »¹¹⁸ s'inscrit dans ce courant qui s'amorce. Le 13 avril 1946, « le projet de loi tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme » plus connu sous l'appellation « loi Marthe Richard » est adopté¹¹⁹. La loi en son article 1er ordonne la fermeture des maisons de tolérance et réprime plus sévèrement encore le proxénétisme¹²⁰. C'est, semble-t-il, pour cela qu'en 1946, le législateur craignant qu'à la suite de la fermeture des maisons closes, les prostituées poursuivent leur commerce licencieux sous le couvert du massage, il est rappelé dans l'exposé des motifs de la loi tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur gymnaste médical et de pédicure que « [...] Cette réglementation... écarterait les pratiques irrégulières qui, sous le couvert de massage, servent la prostitution clandestine ».

Née d'une volonté politique ayant pris en compte les aspirations depuis longtemps exprimées, souvent ignorées et jamais concrétisées de professionnels de santé aspirant à pouvoir exercer de manière autonome, la loi du 30 avril 1946 va, en créant la nouvelle profession de masseur-kinésithérapeute, réunir deux groupes professionnels antérieurement constitués : les masseurs et les gymnastes médicaux.

Paragraphe 2 La fusion autoritaire de deux groupes professionnels

La nouvelle appellation masseur-kinésithérapeute loin de faire l'unanimité car jugée trop scientifique va, cependant, être à la source de la construction identitaire de ces professionnels, issus de milieux très divers¹²¹. Si ces deux groupes professionnels se sont constitués avant la Seconde Guerre mondiale, leurs cheminements vers une reconnaissance officielle vont être différents. Les masseurs médicaux sont depuis l'origine sous la tutelle médicale alors que les

croisade visant à obtenir la fermeture des maisons closes et dépose, le 13 décembre 1945, devant le Conseil municipal, un projet de fermeture des maisons close qui est adopté. Sur décision du préfet de police, toutes les maisons closes de l'arrondissement de la Seine seront fermées dans les trois mois qui suivent. Le 9 avril 1946, Marcel Roclore, médecin, député de la Côte d'Or, présente à l'Assemblée le rapport de la Commission de la famille, de la population et de la santé publique qui conclut à la fermeture des maisons closes. Pierre Dominjon, avocat, dont les sympathies avec les courants proches de la démocratie chrétienne sont à l'origine de son engagement au sein du mouvement républicain populaire (MRP), député de l'Ain va proposer à l'Assemblée constituante d'étendre ces dispositions à toutes les villes de France. Sources : Bernard VALADE, « Fermeture des maisons closes », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 23 juin 2013.

URL: <http://www.universalis.fr/encyclopedia/fermeture-des-maisons-closes/>

¹¹⁸ Maison de tolérance, établissement de prostitution (source dictionnaire Larousse.fr)

¹¹⁹ Loi n°46-685 du 13 avril 1946 dite Marthe Richard tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme, JORF 14 avril 1946.

¹²⁰ Si cette loi contient des mesures pénales et répressives, diverses mesures sociales sont expressément prévues pour permettre la réinsertion des prostituées : interdiction de relations contractuelles dans l'intérêt de leur activité et création d'établissement de rééducation et de réinsertion des prostituées.

¹²¹ REMONDIÈRE Rémi, La question de la kinésithérapie en 1946, La revue du Praticien, 2003, pp 355-358

gymnastes médicaux s'en sont partiellement dégagés. De fortes disparités existent entre ces deux groupes professionnels, disparités liées à leurs origines et à leur cursus de formation.

1. L'hétérogénéité du groupe des masseurs

En 1946, il n'existe, aucune statistique officielle ni recueil précis permettant d'effectuer un démembrement des professionnels en exercice. Lorsqu'on analyse la composition du groupe professionnel que constituent les masseurs médicaux, force est de constater, qu'il n'est pas aussi homogène qu'il le paraît. En effet, trois sous-groupes coexistent : les masseurs médicaux, les masseurs aveugles et les masseurs thermaux. Les deux premiers groupes ont, comme nous le verrons, joué un rôle déterminant dans la création de la profession de masseur-kinésithérapeute. Les masseurs thermaux, beaucoup moins nombreux sont et resteront à la marge de la profession car exerçant pour la plupart sans diplôme.

A. Les masseurs médicaux

À partir des données exploitées par Rémi Remondière¹²², il apparaît qu'en 1946, les masseurs médicaux seront les plus nombreux à déposer les demandes d'équivalences, puisque 1547 seront formulées conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi qui dispose que « *Les personnes qui exerçaient la profession de masseur-kinésithérapeute sans remplir les conditions fixées ci-dessus devront cesser leur activité dans les deux ans qui suivent la promulgation de la présente loi. Toutefois, celles qui exerçaient le massage médical ou la gymnastique médicale depuis trois années lors de la publication de la présente loi, peuvent être autorisées définitivement à continuer leur activité suivant les modalités fixées par arrêté du Ministre de la Santé publique. Elles doivent, si elles ne l'ont déjà fait, déposer leur demande à la préfecture de leur résidence dans les trois mois à dater de la publication de la présente loi. Mention des autorisations doit être portée sur un registre spécial déposé à la préfecture* ».

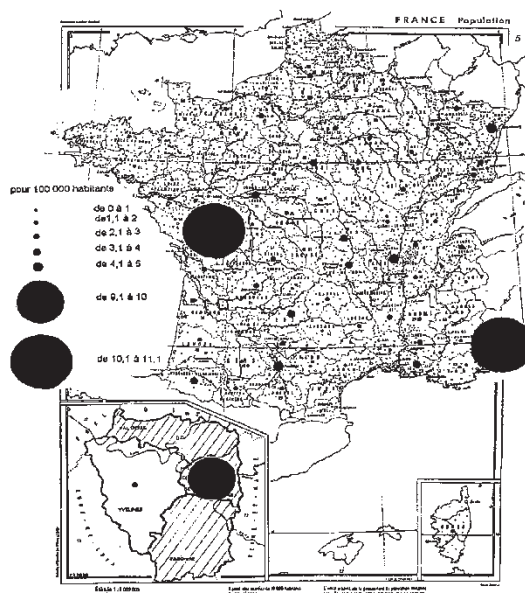
Jean-Michel AUDEBRAND¹²³ apporte un éclairage intéressant sur la répartition géographique des masseurs médicaux ayant demandé une équivalence pour pouvoir continuer à exercer. Les demandes sont issues de l'ensemble du territoire de la France métropolitaine,

¹²² REMONDIÈRE Rémi, Le geste et la plume. Histoire d'une professionnalisation en devenir : les masseurs-kinésithérapeutes dans la France d'hier et d'aujourd'hui, thèse d'histoire, EHSS, 1996

¹²³ AUDEBRAND Jean-Michel, Situations actuelles et perspectives de la kinésithérapie en Europe vues de France, Thèse de doctorat en médecine, Université d'Angers, Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers, Juin 1992

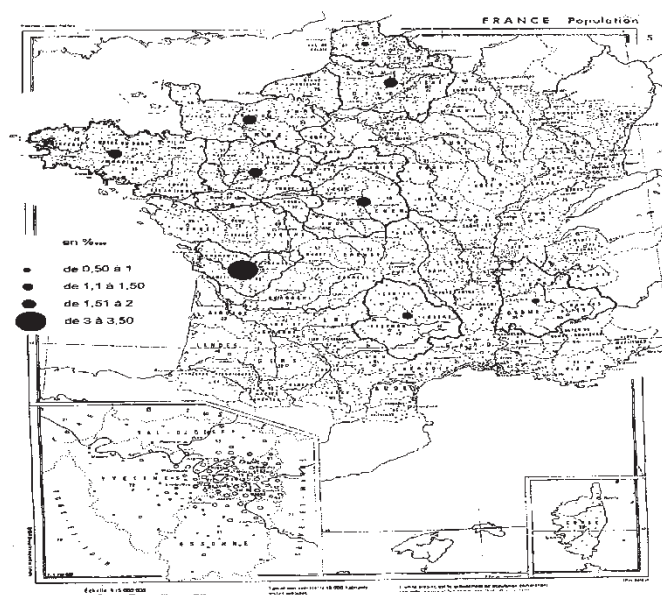
avec une nette prédominance dans les grandes villes. Et pour cause ! Ce sont dans les grandes agglomérations qu'exercent majoritairement les masseurs médicaux qui y trouvent une clientèle solvable à cette époque où la protection sociale est balbutiante.

Trois régions concentrent un maximum de demandeurs : Paris, Nice et le littoral du département de Loire-Atlantique. Rien d'étonnant à cela. Paris, depuis la fin du XIX^e siècle, est l'épicentre de la recherche et des progrès de la médecine. La faculté de médecine de Paris est célèbre dans le monde entier. C'est là où se trouve la densité la plus importante d'hôpitaux et de cliniques privées et donc le plus grand nombre de médecins et d'auxiliaires médicaux. Nice et le littoral de la Loire-Atlantique étaient déjà à l'époque des lieux de villégiature mais également de convalescence d'une clientèle fortunée désireuse de recevoir des soins corporels dispensés par des professionnels compétents.



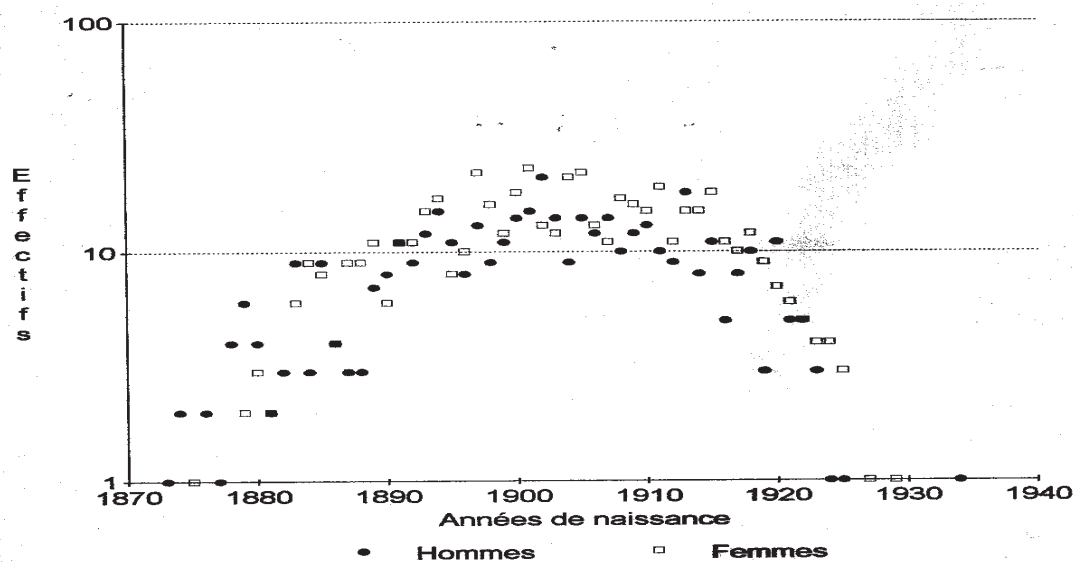
Densité des effectifs de masseurs médicaux demandeurs de l'équivalence de masseur médical par département (DGS, cote 81 033/140 à 147).

Nous avons évoqué dans l'introduction, les rapports ambigus qui existaient entre la médecine et tous ceux qui pratiquent sans être diplômés, ceux que les médecins, puis les masseurs médicaux qualifièrent d'« empiriques » et d'« illégaux ». Il est intéressant de constater que c'est dans les régions réputées pour leur pratique du reboutage qu'il y a, proportionnellement au nombre d'habitants, les taux les plus élevés de demande d'équivalence (cf. infra).



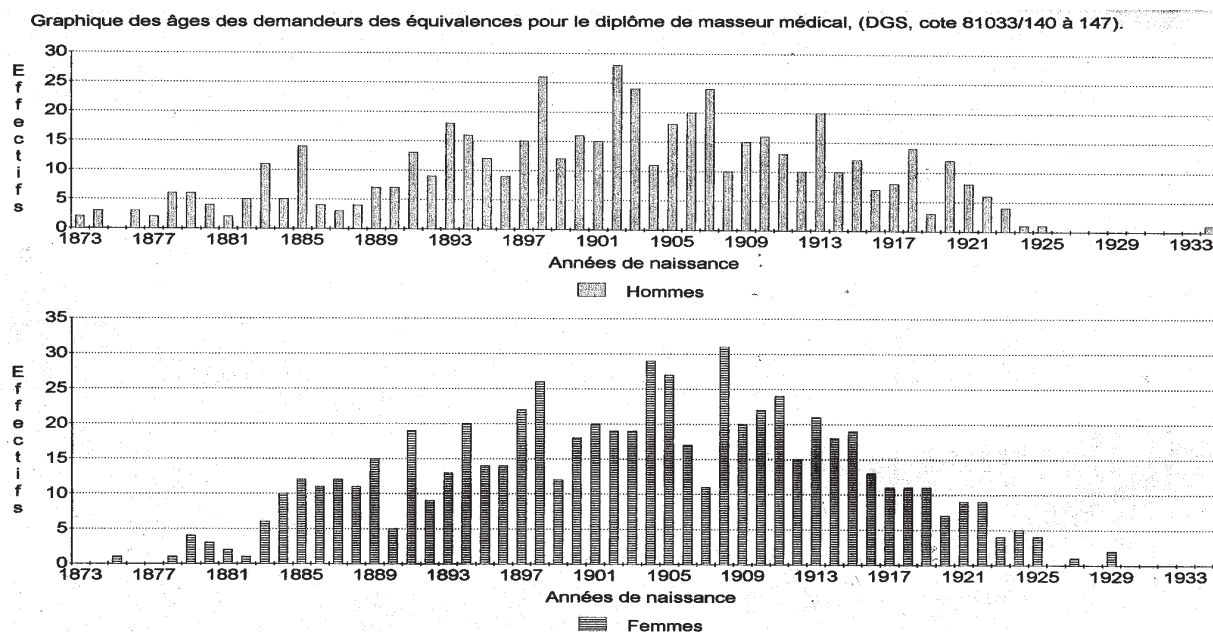
Répartition pour 100 000 habitants des masseurs médicaux demandeurs de l'équivalence en fonction des régions réputées pour leur pratique du reboutage, (DGS, 810033/140 à 147).

Le groupe professionnel est majoritairement féminin (79 %). La moyenne d'âge, tous demandeurs confondus, est de 43 ans ce qui est relativement âgé. Les femmes sont majoritairement plus jeunes que les hommes avec une dispersion des âges beaucoup moins marquée que chez ces derniers comme nous pouvons le constater sur les deux documents ci-dessous¹²⁴.



Répartition par sexe des masseurs médicaux ayant obtenu l'équivalence suivant l'année de naissance (DGS, cote 81 033/140 à 147)

¹²⁴ Cf. supra AUDEBRAND Jean-Michel



Graphique des âges des masseurs médicaux ayant demandé l'équivalence
(DGS, cote 81 033/140 à 147)

Les membres de ce groupe professionnel sont relativement peu diplômés puisque seul 43 % des masseurs déclarent un diplôme qui est bien évidemment un diplôme de massage (certains en possèdent plusieurs) obtenu préférentiellement dans une école parisienne (91 %) ¹²⁵.

Si les hommes sont les plus nombreux à être titulaires d'un diplôme d'éducation physique (25 %) ou de pédicurie (8 %), les femmes apparaissent comme plus diplômées que les hommes dans la mesure où 18 % d'entre elles possèdent un diplôme d'esthéticienne et plus de 53 % un diplôme d'infirmière. À cela, il y a une explication. L'émergence des masseuses et masseurs médicaux s'est faite à partir de la profession d'infirmière, première profession dite d'auxiliaire médicale ¹²⁶, qui, dès le début du vingtième siècle va progressivement être

¹²⁵ Par exemple : 53% /Ecole française d'orthopédie et de massage (EFOM), fondée en 1889, rue Cujas à Paris ; Ecole de la rue d'Assas/10%, créée en 1936 initialement comme « Centre d'enseignement de massothérapie, infirmerie et pédicurie

¹²⁶ LALOUETTE Jacqueline. Expulser Dieu : la laïcisation des écoles, des hôpitaux et des prétoires. In: Mots, juin 1991, N°27. pp. 23-39..La laïcisation du personnel soignant est principalement due au docteur Désiré-Magloire Bourneville (1840-1909) « *L'État qui est laïc a le devoir de se priver du concours d'auxiliaires qui, par leurs vœux, se placent en opposition directe avec les lois de la nature et les intérêts de la société* ». Siégeant au Conseil municipal de Paris de 1876 à 1883, il va être à l'origine de l'éviction des sœurs-soignantes des services hospitaliers pour les remplacer par un personnel laïque. Pour y parvenir, des écoles d'infirmières vont être créées au sein de quatre hôpitaux parisiens (Bicêtre, La Salpêtrière/1878, La Pitié/1881, Lariboisière/ 1895). En dix ans, de 1878 à 1888, dix-sept hôpitaux furent laïcisés. La laïcisation était achevée à Paris en 1908. En province, les laïcisations se firent à des rythmes variés.

organisée et réglementée¹²⁷. Cela aura pour conséquence de placer, dans un premier temps, les masseuses et les masseurs sous la double domination du corps médical et des infirmières.

La Première Guerre mondiale et ses dramatiques conséquences vont grandement y contribuer. Face à la forte demande et malgré des compétences s'affinant progressivement, les techniques employées par les médecins et les mécanothérapeutes dans les centres de rééducation fonctionnelle et professionnelle confinaient à la barbarie¹²⁸. Nombreux furent les blessés qui abandonnèrent le traitement et fuirent l'hôpital¹²⁹.

Héritière de la grande tradition charitable, il revint alors à la charge des infirmières, d'apporter compassion et humanité, de « prendre soin », comme une mère le fait pour son enfant des *infirmis*, c'est-à-dire des faibles, de tous ces grands blessés physiquement mais aussi psychologiquement¹³⁰. Dans l'immédiat après-guerre, le massage pratiqué par les infirmières est surtout utilisé dans sa conception du prendre soin grâce au contact corporel manuel qui prouve l'attachement quasi maternel au corps souffrant.

Le 21 janvier 1921, Mademoiselle Chaptal¹³¹, véritable porte-parole des infirmières¹³², qui depuis plusieurs années œuvre pour que la profession d'infirmière soit réglementée et que les

¹²⁷ Circulaire du 28 octobre 1902, adressée aux préfets, relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et à la création d'écoles d'infirmières. (J.O., 30 octobre 1902, p. 7013, extrait : « « La loi du 15 juillet 1893, en rendant obligatoire l'assistance médicale aux malades dénués de ressources, en faisant de celle assistance un service public placé sous le contrôle et la direction de l'État, a imposé à celui-ci le devoir de veiller à ce que les malades pauvres soient non seulement soignés, mais bien soignés.

Plus la science progresse, plus apparaît l'importance du rôle de l'infirmière; plus aussi il devient manifeste que, pour remplir ce rôle, le bon vouloir, le dévouement, l'abnégation même ne suffisent pas; il y faut de plus une Instruction technique [...] Par une école d'infirmières, j'entends on pas une série de conférences destinées au personnel déjà existant, mais une véritable école ouverte à des élèves désirant prendre la carrière d'infirmières et s'y préparer. C'est bien d'une carrière qu'il s'agit. L'infirmière, telle qu'on doit la concevoir, est absolument différente de la servante employée aux gros ouvrages de cuisine, de nettoyage, etc., etc. Elle est réservée aux soins directs des malades ; c'est la collaboratrice disciplinée, mais intelligente, du médecin et du chirurgien; en dehors de sa dignité personnelle qu'il est essentiel de sauvegarder, elle doit éprouver une légitime fierté d'un état que relèvent à la fois son caractère philanthropique et son caractère scientifique. » (Emile Combes, Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes).

¹²⁸ REMONDIÈRE Rémi, L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946). Cahiers du Centre de Recherches Historiques (CNRS-EHESS), avril 1994, 12, pp174-185.

¹²⁹ DELAPORTE Sophie, Les gueules cassées. Noéris éd. Paris, 2001

¹³⁰ GOUBERT Jean Paul, Initiative à une nouvelle histoire de la médecine. Ellipses, Paris, 1998, p 84.

¹³¹ CHAPTAL Léonie (1873-1937) a consacré l'essentielle de sa vie à la profession infirmière. Issue de la grande bourgeoisie (arrière-petite-fille de Jean-Antoine Chaptal, chimiste et homme politique français du début du 19ème siècle). Elle mettra au service et à la promotion de la profession d'infirmière les très nombreux appuis dont elle dispose. Pour elle l'infirmière doit posséder sa propre identité professionnelle et disposer d'une autonomie envers le corps médical. Son action est essentiellement portée sur la personne souffrante. La maladie est la science du médecin, la connaissance du malade relève de la compétence de l'infirmière.

¹³² « Il est temps de faire justice de cette notion erronée, que la bonne volonté et le dévouement peuvent suppléer aux notions d'hygiène, de prophylaxie, à la connaissance pratique des maladies de toutes sortes qu'une

études, après avoir été adaptées à l'évolution des techniques médicales soient sanctionnées par un diplôme, présente dans ce sens, un rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique. Dans lequel il est revendiqué que le massage soit confié aux infirmières. Ce projet, soutenu par les ministres de l'Hygiène de l'époque¹³³, sera concrétisé par la promulgation du décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles. On peut penser que l'absence d'un diplôme de masseur reconnu officiellement a facilité l'appropriation de l'exercice de cette technique par le corps infirmier. Mais, on peut aussi y voir la volonté du corps médical de ne pas créer une nouvelle profession. En confiant le massage aux infirmières, profession sous tutelle médicale, il pouvait ainsi mieux contrôler et tenter de moraliser sa pratique. Il faut bien comprendre que le processus de laïcisation du personnel infirmier, commencé à partir de la fin du 18^e siècle s'est accompagné d'un processus de féminisation¹³⁴ qui place l'infirmière dans une posture d'agent « *subalterne strictement subordonnée aux médecins et chirurgiens, silencieuse, laborieuse, formée suffisamment pour ne pas nuire aux patients et respecter les prescriptions médicales mais insuffisamment formée pour donner un avis sur les prescriptions thérapeutiques... sur l'organisation et la gestion des hôpitaux* »¹³⁵.

infirmière doit savoir prévenir autant que soigner », Léonie Chaptal, « Infirmières d'hygiène et assistantes sociales », L'hygiène sociale, S.A.P.E., 1927, cité par Stéphane Henry, « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », Stéphane Henry, « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », Genre & Histoire, 5, Automne 2009,

¹³³ LEREDU Georges (1860-1943), ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale du 16 janvier 1921 au 15 janvier 1922 et Paul Strauss (1852-1942) qui lui succédera du 15 janvier 1921 au 29 mars 1924.

¹³⁴ BOURNEVILLE Désiré Magloire (1840-1909), médecin neurologue bénéficiant d'une grande notoriété mais aussi anticléricale virulent et franc-maçon, ardent militant de l'éviction des congrégations religieuses hospitalières « *L'État qui est laïc a le devoir de se priver du concours d'auxiliaires qui, par leurs vœux, se placent en opposition directe avec les lois de la nature et les intérêts de la société* ». Elu conseiller municipal de la VI^{ème} circonscription de la ville de Paris puis député de la 1^{ère} circonscription de Paris en 1883, il va être à l'origine de la création de la première école d'infirmières à Paris en 1878. Il conçoit l'infirmière comme « *une femme soignante et aimante, humble, besogneuse et silencieuse* ».

¹³⁵ CARBUCCIA Hervé, EYMARD Chantal, ROUX Christian, Modèles professionnels et identification des élèves infirmier(es) au début du XX^{ème} siècle en France, Université de Provence, Sciences-Croisées, n° 2-3 : L'Identité, juin 2008

Le décret du 27 juin 1922¹³⁶ crée le brevet de capacité d'infirmières professionnelles qui va permettre à ses titulaires de porter le titre d'« Infirmière diplômée de l'État français ». Les écoles dispensant la formation¹³⁷ devront obligatoirement avoir reçu l'agrément d'un conseil de perfectionnement comprenant deux sections.

La délivrance du diplôme officialise la réussite à un examen passé devant un jury dont la composition garantit le sérieux et la compétence. En fait, comme l'énonce l'article 1^{er} du décret, il s'agit non pas d'un brevet mais de plusieurs brevets délivrés à différentes catégories d'infirmières¹³⁸. C'est d'ailleurs à partir de cet article 1^{er} que va se faire l'incorporation des masseurs grâce au « etc. » placé in fine. Cette disposition sera le fondement de l'argumentation des promoteurs du massage (médecins, masseurs, directeur d'écoles de massage) pour réclamer une reconnaissance officielle d'un diplôme d'infirmier masseurs. Cependant, le brevet de capacité institué par ce décret est resté facultatif jusqu'en 1943. En 1923, à la demande de Monsieur Paul Strauss, alors ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, il est demandé au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique de se prononcer sur l'opportunité de réglementer la profession de masseur. Après avoir sollicité l'avis des syndicats de chirurgiens et de médecins parisiens, le Conseil estime que le titre d'infirmier-masseur au même titre que masseur aveugle est suffisant : « [...] *l'ajout du mot infirmier à masseur n'est pas pour étendre la compétence des masseurs mais au contraire pour la limiter [...]* »¹³⁹

¹³⁶ Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles, J.O., 1er juillet 1922, p.6880

¹³⁷ L'analyse du programme minimum des deux années d'études prévues, est intéressante à plus d'un titre puisqu'on peut s'apercevoir que le massage et la gymnastique médicale font partie intégrante du cursus de formation. L'enseignement est composé d'un stage probatoire et éliminatoire (durée un mois au moins), d'un stage pratique (activités ménagères), de stages pratiques hospitaliers (tous les matins pendant 4 heures et deux après-midi par semaine auxquels il faut ajouter les gardes de nuit) dans différents services (22 mois) et de cours théoriques (anatomie, physiologie, soins aux malades : médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, matière médicale et thérapeutique appliquée pathologie médicale, chirurgicale, hygiène générale et professionnelle. Hygiène et enquêtes sociales (théorie et pratique), administration hospitalière, morale professionnelle, hygiène alimentaire et enfin massage et gymnastique médicale : théorie et pratique.

¹³⁸ Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles, Article 1er« Il est institué des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'État français qui «seront délivrés par le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales aux infirmières hospitalières, aux visiteuses d'hygiène sociale ou aux diverses infirmières à spécialité restreinte : puériculture, surveillance sanitaire des écoles, hygiène mentale, etc., »

¹³⁹ MONET Jacques, « La kinésithérapie, une spécialité médicale impossible ? » Le livre vers.... de la masso-kinésithérapie, CNOMK, juin 2011

Au mois de janvier 1924, le Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, à partir des conclusions d'un rapport sur l'organisation du massage¹⁴⁰ décide que les infirmiers-masseurs¹⁴¹ peuvent être à la fois infirmiers-soignants et masseurs professionnels. Pour ce faire, il leur sera nécessaire d'effectuer deux années d'études pratiques et théoriques. Il leur est possible de n'être spécialisé qu'en massage.

Dans ce cas, à l'image des masseurs aveugles, il ne leur sera demandé qu'une seule année d'étude spécialisée¹⁴², le massage et la gymnastique médicale faisant partie intégrante de l'enseignement qui leur est dispensé¹⁴³. Le 28 février 1924, un arrêté pris en application du décret du 27 juin 1922¹⁴⁴ instaure la reconnaissance officielle des écoles de massage préparant les candidats aux diplômes d'Etat d'infirmier masseur aveugle et d'infirmier masseur. La création de ce diplôme traduit la volonté d'éradiquer les écoles de massages dont les conditions d'agrément ne répondent plus aux critères posés par le Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières (annexe n° 11)¹⁴⁵.

Au Journal Officiel du 14 septembre 1924, paraissent deux arrêtés en date du 24 juin de la même année. Le premier détermine le programme des études ainsi que les épreuves de l'examen pour l'obtention du titre d'infirmière de l'État français¹⁴⁶. Le second approuve les règlements des écoles d'infirmières hospitalière ou de massage mais surtout il présente

¹⁴⁰BOUDIN Paul, rapport au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique, session de janvier 1921, tendant au classement administratif de la profession des Auxiliaires médicaux et approuvant l'institution du diplôme d'Etat d'infirmier-masseur.

¹⁴¹L'ajout du mot infirmier à masseur, n'a pas l'objectif d'étendre la compétence des masseurs mais au contraire de la limiter. Ceux-ci sont donc placés sous la double tutelle réductrice des infirmières et des médecins. Jacques Monet, Prolégomènes, La kinésithérapie, une spécialité médicale impossible ? », LE LIVRE VERS de la masso-kinésithérapie, Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, juin 2011

¹⁴² Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, séance du 14 janvier 1924

¹⁴³ MONET Jacques, L'émergence de la formation du personnel soignant, Kinésithérapie Scientifique, n° 335, avril 1996, édition SPEK

¹⁴⁴ Décret du 27 juin 1922.- J.O. du 1er juillet 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmière professionnelle, JORF du 01/07/1922

¹⁴⁵ MONET Jacques, Esquisse d'une histoire de la formation du personnel soignant. : les premiers conflits 1943-1949, Annales de Kinésithérapie, 1996, t.23, n°4, p. 173-174, édition Masson

¹⁴⁶ L'enseignement est composé d'un stage probatoire et éliminatoire (durée un mois au moins), d'un stage pratique (activités ménagères), de stages pratiques hospitaliers (tous les matins pendant 4 heures et deux après-midi par semaine auxquels il faut ajouter les gardes de nuit) dans différents services (22 mois) et de cours théoriques (anatomie, physiologie, soins aux malades : médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, matière médicale et thérapeutique appliquée pathologie médicale, chirurgicale, hygiène générale et professionnelle. Hygiène et enquêtes sociales (théorie et pratique), administration hospitalière, morale professionnelle, hygiène alimentaire et enfin massage et gymnastique médicale : théorie et pratique.

l'intérêt d'évoquer un futur programme type pour les études de masseur¹⁴⁷ qui à cette époque n'existent pas officiellement alors que dans le premier arrêté du 24 juin 1924, le massage et gymnastique médicale (théorie et pratique) figurent dans le programme des études des infirmières hospitalières. De plus, il précise qu'à certaines conditions, des équivalences de diplômes pourront être délivrées à des masseurs diplômés d'écoles privées non reconnues. Enfin, il faut souligner que c'est en 1924 que naît le premier syndicat professionnel ayant pour finalité la défense des intérêts de ce groupe : le syndicat des infirmiers-masseurs¹⁴⁸ dont la première préoccupation fut « l'épuration professionnelle » et la seconde mission l'élaboration projet de statut légal¹⁴⁹.

Le 15 juin 1926 est signé par le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et Prévoyance Sociales un arrêté fixant les conditions d'admission à l'examen d'État d'infirmier, d'infirmière, de masseur etc.¹⁵⁰. L'intérêt de ce texte réglementaire est qu'en consacrant la formation initiale par un examen de masseurs ou de masseuses (article 11), d'infirmiers masseurs aveugles et d'infirmières masseuses aveugles (article 12) il est considéré par les professionnels du massage et de la rééducation comme actant la reconnaissance officielle de la profession de masseur ou de masseuse l'article 19 énonçant que « [...]les brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmier, d'infirmière, de masseur, de masseuse, etc. [...] diplômé de l'État français seront délivrés par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales ».

Ce décret présente un double intérêt. En premier lieu, il est prévu pour les infirmiers-masseurs aveugles et infirmières masseuses aveugles des épreuves adaptées à leur handicap¹⁵¹.

¹⁴⁷La durée des études est de 22 mois, comprenant une première année (de 11 mois) commune avec les infirmières hospitalières et une année dite de spécialisation, de la même durée, portant sur un programme minimum propre aux infirmiers masseurs.

¹⁴⁸Ce syndicat va unir ses efforts avec l'association professionnelle des masseurs-aveugles de France au sein de la Confédération syndicale des Auxiliaires médicaux.

¹⁴⁹GISSELBRECHT Edouard, Législation-Déontologie, édition à compte d'auteur, Paris, 1959

¹⁵⁰ Arrêté fixant les conditions d'admission à l'examen d'Etat d'infirmiers, d'infirmières, de masseurs, etc., et notations des différentes catégories d'examen d'Etat, JORF, 24 juin 1926. Dans de texte sont détaillées les conditions d'obtention des différents diplômes : infirmières professionnelles hospitalières (article 6 - durée de formation 22 mois), infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose (article 7), infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance (article 8). Ces deux dernières catégories ayant dû suivre au préalable, l'examen d'Etat d'infirmières hospitalières ce qui porte la durée de leur formation à 33 mois (article 9), infirmiers hospitaliers (article 10), masseurs ou masseuses (article 11), infirmiers masseurs aveugles ou infirmières masseuses aveugles (article 12), infirmier sanitaires (article 13), infirmières sanitaires coloniales – métropolitaines (article 14), infirmières sanitaires coloniales – indigènes (article 15)

¹⁵¹ Arrêté du 15 juin 1926 fixant les conditions d'admission à l'examen d'Etat d'infirmiers, d'infirmières, de masseurs, etc., et notations des différentes catégories d'examen d'Etat, Ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale, JORF du 24 juin 1926 : L'article 12 fixe le programme des épreuves.

En second lieu, il faut remarquer qu'en matière de terminologie, les aveugles, distinguées en deux catégories (infirmiers masseurs aveugles et infirmières masseuses aveugles) restent attachées à la profession d'infirmier ou d'infirmière alors que les masseurs et masseuses semblent en être détachés. Est-il possible d'en conclure que les masseurs ou masseuses ne sont plus infirmiers ou infirmières alors que les aveugles le restent ? Les aveugles vont se battre pour conserver cette spécificité qui sera renforcée par les dispositions de l'arrêté du 8 novembre 1927 sur les programmes d'études pour les infirmières sanitaires et les infirmiers masseurs aveugles¹⁵². Les écoles d'aveugles bénéficieront d'un programme d'études théoriques et pratiques particulier et de conditions d'admission spécifiques pour la « spécialisation » d'infirmiers masseurs aveugles puisque, jusqu'en 1945, les examens se dérouleront conformément à l'arrêté du 15 juin 1926.

En 1937, les infirmiers-masseurs seront près d'obtenir la reconnaissance légale de la profession. Grâce à l'action de leur syndicat, une proposition de loi relative au statut légal des masseurs est déposée sur le bureau de la Chambre des députés par le docteur Fié, député de la Nièvre¹⁵³. Inscrite à l'ordre du jour de la Chambre, sous réserve qu'il n'y ait aucun débat, elle est adoptée le 28 janvier 1937. Malheureusement, l'hostilité de la Commission d'Hygiène du Sénat interrompt brutalement et définitivement la procédure législative. Il faudra attendre la période de la guerre de 1939-1945 pour que soit reconnue l'existence légale de la profession de masseur.

Trois épreuves sont prévues. Une première épreuve qualifiée d'éliminatoire consistant en un « *Examen du livret de scolarité* » notée sur 40 points qui est strictement semblable pour les masseurs ou masseuses (article 11) et les aveugles. La deuxième épreuve dite d'admissibilité comporte des épreuves pratiques et écrites. Si les épreuves écrites ne présentent pas de différence (anatomie /20 points & physiologie /20 points), il n'en est pas de même pour les épreuves pratiques. Pour le groupe des infirmiers- masseurs aveugles ou infirmières masseuses aveugles, il est prévue « *deux épreuves pratiques de massage simple ou avec mobilisation de 40 points chacune* » alors que pour les voyants, il s'agit de « *deux épreuves de massages (40 points), une épreuve de gymnastique ou de mécano-thérapie (20 points) et une épreuve de rééducation ou d'hydrothérapie (20 points)*. Enfin, la troisième épreuve intitulée d'admission consiste en une série d'épreuves orales notées sur 80 points. Pour les deux groupes les épreuves d'anatomie, de physiologie et pathologie appliquée sont semblables et notées chacune sur 20 points. Si les voyants sont ensuite interrogés sur le « *massage* » (20 points), la « *morale professionnelle et la déontologie* » (10 points) et enfin sur les « *notions de petite chirurgie ou gymnastique ou rééducation ou mécano-thérapie ou kinésithérapie* » (10 points), les aveugles devront répondre à des questions portant sur le « *massage simple* » (20 points), le « *massage combiné à d'autres pratiques physiothérapiques (mobilisation)* » (10 points) et in fine sur la « *morale professionnelle et déontologie* » (10 points).

¹⁵² Arrêté du 8 novembre 1927 sur les programmes d'études pour les infirmières sanitaires et les infirmiers masseurs aveugles, J.O., 14 décembre 1927, p. 12583-6.

¹⁵³ FIÉ Arsène-Célestin (1869 - 1968), médecin, député républicain-socialiste de la Nièvre (1924-1942), médecin libéral et maire de Saint Amand. Pendant la première guerre mondiale, il a dirigé un hôpital temporaire de 60 lits installé à saint Amand pour le Corps de santé de la 8e région militaire ce qui permet de penser que, c'est à cette occasion qu'il a pu prendre conscience de l'utilité du massage et de la rééducation fonctionnelle. Sa proposition de loi relative à l'exercice de la profession de masseur, inscrite à l'ordre du jour de la Chambre des députés, sous réserve qu'il n'y ait aucun débat est adoptée le 28 janvier 1937. Malheureusement, l'hostilité de la Commission d'Hygiène du Sénat interrompt brutalement et définitivement la procédure législative.

C'est de façon totalement autoritaire que le brevet de capacité professionnelle de masseur médical est institué par loi du 15 janvier 1943¹⁵⁴ signée par Pierre Laval¹⁵⁵. Cette loi qui reprend les principales dispositions de la loi votée par la Chambre des députés en 1937 est la première véritablement spécifique à la profession de masseurs « [...]ce texte instaure l'indépendance de notre profession. Il précise que nul ne peut porter le titre de masseur médical s'il n'en possède le brevet et que nul ne peut exercer la profession s'il n'en a le titre. Enfin, il fait de nous des auxiliaires médicaux puisqu'il indique que nous ne devons exercer que sur prescription médicale [...]»¹⁵⁶. Elle consacre l'indépendance totale des masseurs et masseuses médicaux, qu'ils soient voyants ou non-voyants et leur réserve l'exclusivité de la massothérapie qui devra être pratiquée « sur ordonnance médicale descriptive, qualitative et quantitative ».

Cette disposition n'est que la reprise d'un souhait depuis longtemps exprimé par les masseurs¹⁵⁷. La formation est d'une durée de deux ans, dispensée au sein d'écoles agréées¹⁵⁸. L'exercice de la massothérapie est réservé aux titulaires du titre de masseur médical. L'exercice illégal est réprimé comme le souhaitaient précédemment les professionnels. Cependant, ce texte fut à l'origine d'une division (la première...) syndicale. En effet, il était prévu à l'article 1^{er} que la possession d'un des brevets de capacité professionnelle institué par le décret du 27 juin 1922 permettrait à toutes les infirmières, même celles n'ayant aucune formation en massage (infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose par exemple) de se prévaloir du titre de masseur médical. Un arrêté en date du 20 avril 1943 (Journal Officiel du 15 mai 1943) organisant les modalités de l'exercice professionnel des masseurs

¹⁵⁴ Loi n° 2 du 15 janvier 1943, relative à l'exercice de la profession de masseur médical, JORF n° 36, 11 février 1943

¹⁵⁵ LAVAL Pierre, 1883-1945, Avocat, homme politique, chef du gouvernement de Vichy de 1942 à 1944

¹⁵⁶ EFTHER Gilbert, Manuel de technologie de base à l'usage des masseurs-kinésithérapeutes. Paris : Masson, 1980

¹⁵⁷ Le 28 janvier 1927, réuni en assemblée générale, le syndicat des infirmiers-masseurs avait pris l'engagement solennel de ne jamais transgresser « ni la lettre, ni l'esprit des lois qui régissent l'exercice de la médecine et revendiquait déjà de ne pouvoir exercer que sous un étroit contrôle médical ainsi que « [...] sur ordonnance descriptive, qualitative et quantitative ». Edouard Gisselbrecht, cf. supra.

¹⁵⁸ Le programme des études est constitué par l'enseignement de l'anatomie, la mécanique articulaire, la physiopathologie, les traitements physiothérapeutiques et kinésithérapeutiques. Le diplôme comporte des épreuves de massage, de gymnastique médicale, de rééducation fonctionnelle, d'hygiène et d'hydrologie. Les candidats aveugles sont dispensés des épreuves de rééducation fonctionnelle et de gymnastique médicale. Sur les 93 candidats qui se présenteront à l'examen du mois de juillet 1944, 78 seront reçus soit un taux de réussite de près de 84% ! Une disposition qui se perpétuera permetts aux titulaires des diplômes d'Etat d'infirmières, de sages-femmes et de professeurs d'éducatrices physiques d'être dispensés de la première année d'étude sous la double condition de s'informer du programme de la première année et de rattraper l'intégralité des séances de massage, les écoles devant organiser des cours de rattrapage pour ces candidats.

médicaux non-détenteurs du brevet de capacité d'infirmier leur permettait de poursuivre leur activité sous réserve d'une antériorité d'exercice de cinq années.

Enfin, au début de l'année 1944, un décret¹⁵⁹ organise les études, l'examen et les conditions d'accès à une session spéciale pour les détenteurs d'un diplôme privé. Ce décret abroge toutes les dispositions antérieures entraînant ipso facto la disparition du diplôme d'infirmier aveugle. Les pouvoirs publics ne reconnaissent plus que des masseuses et les masseurs voyants ou non-voyants dont la compétence est réduite au strict exercice de la massothérapie¹⁶⁰.

La loi du 15 janvier 1943, abrogée à la libération, serait due à l'initiative de Gorges Scapini¹⁶¹, ancien combattant, aveugle de guerre, président de l'Union Nationale des Aveugles de Guerre¹⁶² mais il ne faut pas croire que le rôle des aveugles dans la construction de la profession se soit limité à cette initiative.

B. Les masseurs aveugles

Dès le début du 20^e siècle, dans la lignée de l'œuvre entreprise par Valentin Haüy¹⁶³ et de la fondation reconnue d'utilité publique qui porte son nom¹⁶⁴, la formation de personnes aveugles ou malvoyantes au métier de masseur s'inscrit dans un processus de professionnalisation et fait suite à la triple nécessité de les instruire, de leur procurer du travail et de les soustraire à la mendicité¹⁶⁵.

¹⁵⁹ Décret du 9 février 1944 relatif à la délivrance du brevet de capacité professionnelle de masseur médical, JORF du 22 février 1944

¹⁶⁰ POIRIER Alain, L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes : manuel à l'usage des professionnels, Paris, SEK, 1996

¹⁶¹ SCAPINI Georges (1893-1976), avocat, député « indépendant » de Paris de 1928 à juillet 1940, date de la fin de la III^{ème} République. Ancien combattant, aveugle de guerre, président de l'association des Aveugles de guerre. Très proche de l'extrême-droite allemande avant-guerre, il fut nommé chef du Service diplomatique des prisonniers de guerre à Berlin, avec le rang d'ambassadeur par le maréchal Pétain. Jugé et condamné par contumace à cinq ans de travaux forcés en 1949, il fut rejugé et acquitté en 1952.

¹⁶² MONET Jacques, « la kinésithérapie, une spécialité médicale impossible, prolégomènes de Jacques Monet » Le livre vers... de la masso-kinésithérapie, CNOMK, Paris, juin 2011

¹⁶³ HAÜY Valentin (1745-1822), considéré comme « le premier instituteur des aveugles », dès 1784, il propose un « plan d'éducation à l'usage des aveugles » qui se concrétisera, dès l'année suivante, par la création de « L'institution des Enfants Aveugles ». Il en assurera la direction jusqu'en février 1802. Plus tard, elle deviendra l'Institut National des Jeunes Aveugles.

¹⁶⁴ Association Valentin Haüy : fondée en 1889, reconnue d'utilité publique en 1891. Cette reconnaissance d'utilité publique lui a conféré une légitimité particulière dans son domaine d'action. Elle a pour vocation d'aider les aveugles et les malvoyants à sortir de leur isolement, et de leur apporter les moyens de mener une vie normale. Elle mène une lutte sans relâche pour que les déficients visuels occupent une place pleine et entière dans la société (reconnaissance de leurs droits, accès à la formation professionnelle, à l'emploi) ainsi que pour l'amélioration de la vie quotidienne, professionnelle et sociale des déficients visuels.

¹⁶⁵ « Dès 1904, le docteur Ferdinand Fabre, médecin aveugle, qui a appris la technique du massage en Allemagne, commence à enseigner le massage à quelques aveugles. En 1906, il crée officiellement son école dans les locaux

Très tôt, ils manifestent un grand intérêt pour le massage, dont l'enseignement leur est accessible¹⁶⁶. Le niveau des études peu élevé. L'acquisition de la pratique exclusivement manuelle est relativement aisée.

Le diplôme de masseur médical aveugle va leur permettre de conquérir un nouveau secteur professionnel leur offrant une reconnaissance sociale en dehors des activités professionnelles manuelles qui leur sont jusqu'alors traditionnellement réservées (brosserie, vannerie, paillage et cannage de chaises, confection de couronnes de perles, confection de nattes)¹⁶⁷. Qui plus est, à l'époque, les masseurs aveugles bénéficient d'un a priori très favorable de la part de la patientèle qui, apprécie particulièrement leur dextérité et la finesse de leur toucher, mais encore plus le fait que le masseur aveugle ne pouvant pas voir la nudité des patientes, il n'y a donc pas lieu de craindre une atteinte à la pudeur. Cet élément est de première importance, à une époque où le massage traîne une réputation sulfureuse et est le plus souvent associé à la prostitution. Le deuxième intérêt est que le masseur aveugle est et restera un auxiliaire zélé du médecin, exerçant sous son contrôle et sa responsabilité, incapable de remettre en cause son « auctoritas » ni de poser le moindre diagnostic¹⁶⁸.

de l'association Valentin Haüy. Les sept premiers diplômes sont délivrés en 1909. » Les aveugles et la masso kinésithérapie : cent ans d'expérience à l'association Valentin Haüy, Michel GOUBAN, Directeur de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie, in «S'ENTEND DANS LES MAINS»,1906/2007, Ouvrage réalisé sous la direction d'Hervé COCHET, à l'occasion du centenaire de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Valentin Haüy, Congrès organisé à Paris, les 25 et 26 janvier 2007.

¹⁶⁶ LEWI-DUMONT Nathalie, Article « Langage ». Repères culturels de la cécité, 2011, Ligue Braille, Bruxelles, 2011. Pendant la plus grande partie du XXe siècle, l'enseignement des aveugles n'était pas du ressort du ministère de l'Instruction publique, mais de celui du ministère de la Santé. Sous la pression des parents et de professionnels, le ministère de l'Instruction publique a pris en compte, dès l'enseignement primaire, les élèves malvoyants. La Ville de Paris a ouvert ses premières « classes d'amblyopes » en 1934 au sein d'écoles primaires. En revanche, les élèves aveugles, autrement dit ceux dont le mode d'accès à l'écrit est le braille, étaient massivement scolarisés dans des instituts spécialisés, du moins jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire, même si quelques écoles publiques spécialisées accueillaient depuis longtemps des élèves aveugles, comme l'Institut départemental des aveugles de Saint-Mandé.

¹⁶⁷ WEYGAND Zina, « Les aveugles au travail. Des origines à l'émergence de nouveaux métiers à la fin du XIXe et au début du XXe siècle (sténographes, dactylographes, phono-dactylographes, téléphonistes). Un seul métier fait exception: celui d'accordeur-facteur de pianos, « officiellement » ouvert aux aveugles par la création d'une classe d'accord à l'Institution nationale de Paris en 1836. [Documents pour l'histoire des techniques [En ligne], 16 | 2e semestre 2008, mis en ligne le 04 octobre 2010, consulté le 12 octobre 2012. URL : <http://dht.revues.org/668>]

¹⁶⁸ «Mais chose très importante, il faut qu'il reste bien convaincu qu'il ne sera jamais, pour si habile qu'il puisse devenir, que le déférent auxiliaire du médecin, agissant sous son contrôle et sous sa responsabilité.»J. Thévenin, Le Valentin Haüy, 27e année, avril 1909, n° 4, p. 25.

Les typhlophiles¹⁶⁹, fort de leur important réseau de soutien et d'entraide, vont, dans une logique purement corporatiste, lutter pour permettre aux masseurs aveugles d'investir ce secteur professionnel et ainsi participer activement à l'édification de la profession de masseur. Pour ce faire, l'accent va être mis sur une formation de qualité, ouverte à des candidats dont la sélection sera rigoureuse, basée sur des critères intellectuels et physiques. Le nombre de candidats en formation volontairement limité pour ne pas induire une trop grande concurrence. Dès 1906, l'association Valentin Haüy met en place un enseignement de massage, spécialement conçu pour les aveugles sous l'impulsion de Félicien Fabre, jeune médecin, devenu aveugle, formé au massage en Allemagne.

Félicien Fabre fondera la première école de masseurs aveugles, l'école Valentin Haüy qui deviendra plus tard l'école Félicien Fabre¹⁷⁰.

Des outils performants et adaptés sont mis au point dans cette école professionnelle permettant un apprentissage théorique et pratique de qualité¹⁷¹. Les écoles pour clairvoyants n'ont pas atteint à cette date un tel niveau d'organisation, ni développé une telle démarche pédagogique. A titre de comparaison, la formation à l'EFOM ne dure quelques semaines. Au sein de la fondation Valentin Haüy, la durée des études est de 2 ans. L'enseignement est individuel et le nombre des élèves est limité à 5 ou 6 par année.

Les nouveaux diplômés sont certains d'avoir un emploi soit en étant accueillis dans les cliniques de certains médecins ou bien en étant embauchés par les établissements thermaux des villes de cure (Vichy, Bourbonne les Bains, etc.)¹⁷², l'association

¹⁶⁹Typhlophile : celui qui s'intéresse au patronage, à l'instruction, à la formation ou à la rééducation professionnelles des aveugles, ainsi qu'à l'aide morale et matérielle et à la propagande en leur faveur (Méd. Biol. t. 3 1972), <http://www.cnrtl.fr/>

¹⁷⁰ En un siècle, seulement quatre directeurs se sont succédé.. L'école fut d'abord dirigée par le Dr Fabre lui-même qui assurait l'essentiel de l'enseignement, tant théorique que pratique. À la mort du Dr Fabre en 1932, l'école fut dirigée par le Dr Monthus, chef du service d'Ophthalmologie de l'Hôpital Necker Enfants Malades. Le Dr Ferrier médecin principal en retraite, et professeur agrégé du Val-de-Grâce, aveugle lui-même, avait été pressenti pour assurer cette direction mais il refusa compte tenu de son âge. Le Dr Monthus fut accompagné dans sa tâche par M. Munier, masseur aveugle, ancien élève du Dr Fabre, diplômé en 1923. En 1944, Louis Gallais, masseur aveugle, ancien élève du Dr Fabre, assura la direction de l'école jusqu'en 1977. Louis Gallais était directeur technique, la direction des écoles paramédicales étant à l'époque sous l'autorité des médecins (Docteur Oberthure, chirurgien orthopédiste de l'hôpital Saint-Joseph en était le directeur en titre).

¹⁷¹«Enfin, il faut une formation professionnelle de premier ordre, qui permettra de triompher du scepticisme des médecins. Donc schématiquement, il faut d'un côté qu'il soit intelligent, qu'il ait une conversation pour vaincre les préjugés des patients qui sont un petit peu réticents de voir qu'un aveugle ou qu'un infirme s'occupe d'eux, et d'autre part, il faut qu'il soit, sur le plan professionnel très brillant, pour pouvoir vaincre le scepticisme du médecin...»Le Valentin Haüy, 27e année, août 1909, n° 8, p. 63

¹⁷²«Des masseurs aveugles sont, en ce moment, aux salons thermaux de Bagnoles de l'Orne, Bourbonne, Châtel-Guyon, Nérès, Plombières, Uriage, Vichy. L'Association Valentin Haüy tient les noms et adresses de ces masseurs et masseuses à la disposition des typhlophiles qui voudraient les recommander. Des notices de

Valentin Haüy se chargeant de promouvoir les qualités professionnelles des masseurs aveugles et prenant à sa charge les frais de déplacement et de séjour. D'autres ouvriront un cabinet en qualité de masseurs libres avec la bienveillance de quelques médecins qui leur adressent des patients. Accompagnant le processus administratif qui se met en place, porté par la volonté des pouvoirs publics et du corps médical visant à donner aux personnels soignants une compétence professionnelle, les masseurs aveugles vont se battre avec pugnacité pour défendre leur position¹⁷³. Comme le soulignent ces auteurs, en 1923, à l'instigation du docteur Fabre, l'Association professionnelle des masseurs aveugles de France est créée.

Ses objectifs sont la reconnaissance des écoles de masseurs aveugles, de la filière d'études dispensées et la création d'un diplôme d'Etat accessible aux candidats aveugles, diplôme qui leur permette d'être ainsi considérés comme de véritables professionnels du massage¹⁷⁴. Un arrêté ministériel en date du 28 février 1924, prononce la reconnaissance administrative de deux écoles parisiennes de massage pour aveugles : l'école des masseurs aveugles de l'Association Valentin Haüy, qui de par sa spécialisation est reconnue sans réserve et l'école des masseurs de France et des masseurs aveugles avec réserve.

Le 15 juin 1926 l'article 12 de l'arrêté fixant les conditions d'admission à l'examen d'Etat d'infirmier, d'infirmière, de masseur, etc.¹⁷⁵ officialise le diplôme d'infirmiers masseurs aveugles et d'infirmières masseuses aveugles qui bénéficient d'épreuves adaptées à leur handicap.

propagande sont à leur disposition. Plusieurs de ces masseurs ont déjà une excellente clientèle.»Le Valentin Haüy, 28e année, juillet 1910, n° 7, p. 55.

¹⁷³ BATTENDIER Cécile, STEPHANT Marie-Paule, COCHET Hervé, « une petite histoire de l'UNAKAM, Union Nationale des Masseurs-Kinésithérapeutes Aveugles et Malvoyants, in « S'entend dans les mains, 1906-2007 », Hervé Cochet Fondation Valentin Haüy, Paris, 2007

¹⁷⁴ En 1926, cette association conforme à la loi dite de 1901 se transforme en Syndicat des Masseurs Aveugles de France, groupement professionnel régi par les dispositions de la loi du 21 mars 1884 pour assurer la défense des intérêts professionnels des masseurs aveugles. Pendant la période de la deuxième guerre mondiale et plus précisément en 1942, le Syndicat des Masseurs Aveugles de France devient l'Union Amicale des Masseurs et Masseuses Médicaux de France. La Charte du travail, promulguée le 4 octobre 1941 par le régime de Vichy sous l'occupation allemande, instaure des corporations par branches d'activité et dissout officiellement les syndicats, déjà dissous de fait en novembre 1940.

¹⁷⁵ Cf. supra

Les aveugles vont se battre pour conserver cette spécificité qui sera renforcée par les dispositions de l'arrêté du 8 novembre 1927 sur les programmes d'études pour les infirmières sanitaires et les infirmiers masseurs aveugles¹⁷⁶. Les écoles d'aveugles bénéficièrent d'un programme d'études théoriques et pratiques particulier et de conditions d'admission spécifiques pour la « spécialisation » d'infirmiers masseurs aveugles¹⁷⁷. Jusqu'en 1945, les examens se dérouleront conformément à l'arrêté du 15 juin 1926. Le 26 octobre 1926, aura lieu la première session de l'examen d'Etat pour les masseurs aveugles ce qui n'empêchera pas que, jusqu'en 1930, le Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières délivrera des équivalences de diplômes d'infirmier-masseur tant aux aveugles qu'aux clairvoyants.

Cependant, l'intégration des masseurs aveugles ou malvoyants dans le monde du massage puis plus tard de la masso-kinésithérapie n'a pas été aussi simple que ce l'on peut penser¹⁷⁸. Dès 1946, la principale objection faite aux masseurs-kinésithérapeutes aveugles a trait à la gymnastique médicale que d'aucuns estiment impossible à pratiquer par les déficients visuels. En fait, cette crainte est non fondée.

La technique des masseurs-kinésithérapeutes non-voyants diffère de celle des voyants uniquement dans l'examen du patient et le contrôle du traitement qui ne peut être que manuel. Il est objecté que si le masseur-kinésithérapeute travaille seul, comme c'est le cas en exercice libéral, il ne pourrait pas assurer le contrôle d'un groupe de patients exécutant les mouvements ordonnés par le praticien. Mais la pratique de la gymnastique orthopédique et de la rééducation fonctionnelle pour être de qualité ne devraient-elles pas être exclusivement individuelle¹⁷⁹ ? Les détracteurs ne lâcheront pas prise facilement. En 1979 un rapport de commission publié au Journal Officiel du JORF du 25 octobre 1979 insiste sur le fait qu'il est vivement déconseillé aux aveugles de s'engager dans la profession de

¹⁷⁶ Arrêté du 8 novembre 1927 sur les programmes d'études pour les infirmières sanitaires et les infirmiers masseurs aveugles, *J.O.*, 14 décembre 1927, p. 12583-6.

¹⁷⁷ En 1927, la direction d'une oeuvre américaine, le Phare de France crée une école pour masseurs aveugles à Paris. Au début des années 1930, l'institution Sainte-Rose de Clermont-Ferrand, va en faire de même et se chargera d'organiser des stages dans les hôpitaux de la ville. Aujourd'hui, sur 37 instituts de formation en masso-kinésithérapie, dont 36 en métropole, 4 sont spécialisés pour les aveugles et malvoyants. Deux en région parisienne et deux en province

¹⁷⁸ « Il y a encore des objections qui sont soulevées chaque jour à propos du massage par les aveugles, par des médecins, par des professionnels ou même par des typhlophiles. Ceux-ci tiennent compte des variations de mode, même en ce qui concerne la thérapeutique, et pensent que cette profession n'aura qu'un succès provisoire. On soigne un grand nombre d'affections par le massage, mais bientôt on découvrira d'autres moyens de les guérir, et les aveugles masseurs seront réduits à chercher une autre carrière.», Le Valentin Haüy, 29^e année, juillet 1911, n° 7, p. 54, cité par Hervé Cochet « S'ENTEND DANS LES MAINS » 1906/2007, Centenaire de l'IFMK Valentin Haüy, 25 et 26 janvier 2007

¹⁷⁹ GALLAIS Louis, Les aveugles et la kinésithérapie, mars 1966, cf. supra

kinésithérapeute à cause de la sophistication croissante du matériel utilisé dans les services de rééducation publics ou privés¹⁸⁰. La même année, le secrétaire général de la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs, dans une publication du Conseil économique et social, déclarait que les techniques modernes de kinésithérapie n'étaient plus compatibles avec la cécité¹⁸¹.

Malgré ces quelques réticences, il y eut osmose entre voyants et non-voyants ce qui n'a pas été le cas avec les masseurs thermaux.

C. Les masseurs thermaux

Dans les années qui suivirent la promulgation de la loi du 30 avril 1946, 212 dossiers de demande d'équivalence déposés par des masseurs thermaux, soit 7 fois moins que pour les masseurs médicaux sont recensés par Rémi Remondière¹⁸². Ce groupe à, la particularité d'être composé de praticiens exerçant dans les établissements thermaux, principalement d'Aix-les-Bains et dans une moindre mesure de Vichy. L'immense majorité de ces professionnels ne possèdent aucun diplôme car ils sont attachés à leur établissement thermal. Si 12 % des hommes et 6 % des femmes possèdent un diplôme, il leur a été délivré par leur employeur ! Cependant, ce sous-groupe professionnel perdurera longtemps mais restera toujours minoritaire au sein de la profession des masseurs-kinésithérapeutes. Ces derniers considéreront toujours les masseurs thermaux comme des « illégaux »¹⁸³ et obtiendront in fine, la fermeture de l'école qui assurait leur formation professionnelle. Jusqu'en 1982, date de la fermeture administrative de l'école des techniques thermales d'Aix-les-Bains, les techniciens thermaux ont constitué une brèche dans le monopole d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes.

¹⁸⁰BATTENDIER Cécile, STEPHANT Marie-Paule, COCHET Hervé, Une petite histoire de l'UNAKAM, cf. *supra*

¹⁸¹ Gouban Michel, Cadre de Santé Masseur-kinésithérapeute, Directeur de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Valentin Haüy, Les aveugles et la masso-kinésithérapie : cent ans d'expérience à l'association Valentin Haüy, « S'ENTEND DANS LES MAINS » 1906/2007, Centenaire de l'IFMK Valentin Haüy, 25 et 26 janvier 2007

¹⁸² Cf. *supra*

¹⁸³ Le 30 juin 1980, lors de la discussion en deuxième lecture, par l'Assemblée nationale, du projet de loi relatif à l'exercice de la profession d'infirmiers ou d'infirmières, le député socialiste de la Savoie, Louis Besson propose un amendement visant à autoriser les « techniciens thermaux » à pratiquer la gymnastique médicale et le massage. La FFMKR obtient que cette mesure soit transitoire et limitée à l'établissement d'Aix les Bains.

Cela tient à la situation particulière du thermalisme français, concept de soins très ancien qui ne s'est médicalisé qu'au cours du XIX^e siècle en associant hydrothérapie¹⁸⁴ et massages¹⁸⁵.

Cette médicalisation récente est une spécificité française à la différence, par exemple, de l'Allemagne ou de l'Italie où il est surtout perçu comme une activité de "remise en forme"¹⁸⁶. Dès le début du 19^e siècle, de nouvelles techniques sont adaptées au sein des thermes, dont le premier massage, pétrissage effectué sous l'eau thermale, préfigurant la future douche-massage d'Aix-les-Bains¹⁸⁷.

Dès le milieu du XIX^e siècle, une formation interne des « doucheurs » est élaborée. Statutairement, la commission médicale de l'établissement thermal devait pourvoir à la formation du personnel¹⁸⁸. Cette formation fut réglementée par le règlement du 10 juin 1817.

Le statut des personnels thermaux a évolué parallèlement à l'évolution des établissements thermaux. Le doucheur devient masseur au début du XX^e siècle. En juin 1910, le directeur de massage, le docteur Coze, écrit « *Les élèves masseurs et masseuses sont tous recrutés dans le pays et beaucoup de père en fils. Les cours sont théoriques et pratiques... Un examen a lieu à la fin du cours sous la Présidence du Directeur de l'Établissement.* » Anatomie et physiologie sont au programme de la partie théorique. Massages, hydrothérapie constituent l'essentiel de la partie pratique de l'enseignement. En 1911, un manuel rédigé par le docteur Louis Duvernay, nouveau directeur de l'école, synthétise l'enseignement en insistant sur l'anatomie et le massage.

¹⁸⁴ Hydrothérapie : emploi thérapeutique de l'eau sous toutes ses formes à des températures variables et de toutes les manières ; traitement par usage externe de l'eau. Le Robert, 2014

¹⁸⁵ TAMAROZZI Federica, Mettre la pression ou faire pression? La relation entre masseur et massé dans le contexte de la cure thermale d'Aix-les-Bains, Corps, 2006/1, n°1, p.111-116

¹⁸⁶ Cour des Comptes, Rapport public particulier « Les interventions publiques dans le domaine du thermalisme », Janvier 1995

¹⁸⁷ CARRET André, L'école des techniques thermales, une spécificité aixoise, Arts et mémoire, décembre 2003, Société d'Art et d'Histoire d'Aix-les-Bains

¹⁸⁸ ROLLAND Juliette, L'histoire des techniques thermales à Aix-les-Bains, Arts et mémoire, Société d'art et d'histoire d'Aix-les-Bains, n° 75, décembre 2013: Dans le compte rendu de la séance du 18 février 1932 de la Société médicale figure « *la question de la régie et des statuts du personnel, pour mettre celui-ci à la hauteur du nouvel établissement (récemment créé) et la séparation complète du personnel masseur d'avec le personnel d'entretien* ».

Les masseurs thermaux ou plus précisément le personnel technique du service de physiothérapie des thermes nationaux d'Aix-les-Bains sont essentiellement issus de l'école des techniques thermales d'Aix-les-Bains¹⁸⁹ créée en 1932 à l'occasion de l'ouverture des nouveaux thermes qui, à l'époque, étaient les plus modernes d'Europe¹⁹⁰. Première école des techniques thermales elle est restée la seule. L'enseignement d'une durée de deux ans est assuré par dix médecins et deux moniteurs pour la partie pratique et est constitué d'un programme est beaucoup plus complet que par le passé. Anatomie, physiologie, hygiène, quelques matières médicales sont enseignées ainsi que les principales techniques thermales de rééducation, massage et hydrothérapie pratiquées à Aix-les-Bains et dans les différentes stations thermales.

Les cours théoriques sont organisés pendant la période de fermeture de l'établissement (janvier à avril), les cours pratiques ont lieu pendant la période des soins de cure. Ne sont admis en deuxième année que les élèves ayant passé avec succès l'examen de fin de première année. Pendant la saison de cure, les élèves assurent les soins avec le statut de stagiaire. Ceux qui réussissent l'examen final deviennent doucheurs masseurs auxiliaires jusqu'à ce qu'ils soient titularisés. Pour démontrer son sérieux, l'école des techniques thermales d'Aix-les-Bains se place, dès son ouverture, sous le patronage de la faculté de médecine de Lyon.

En 1943, le Comité d'organisation de l'industrie du thermalisme institué par le décret du 3 avril 1941¹⁹¹ décide de pourvoir à l'« *instruction du personnel technique des établissements thermaux en vue de la rendre obligatoire pour certains postes demandant des connaissances*

¹⁸⁹ C'est à partir de la fin du XVIIIème siècle, qu'ont été instituées des « leçons données aux aspirants-doucheurs », suite à la mise au point des massages manuels associés à la technique de la douche d'Aix par le docteur Joseph Despine ((1737-1830), premier directeur de l'établissement thermal d'Aix-les-Bains. L'enseignement théorique sera pendant longtemps assuré par les médecins inspecteurs des eaux attachés à l'établissement. L'enseignement pratique est confié à des moniteurs de pratiques choisis parmi les doucheurs ayant le plus d'ancienneté.

¹⁹⁰ L'établissement thermal d'Aix-les-Bains a été cédé à l'État lors du rattachement de la Savoie à la France en 1860. Il comprend deux unités principales situées sur un parc de quatre hectares : les thermes « Pellegrini » (50 000 m² environ) datant pour partie de 1760 et les thermes modernes « Chevalley » (17 000 m²), ouverts en 2000 pour rénover l'image de l'établissement. 75% du chiffre d'affaires proviennent des cures thermales remboursées à 65 % par l'assurance maladie, conformément à la convention thermale nationale ; 72 % de ces cures sont spécialisés en rhumatologie. La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et son décret d'application du 29 juillet 2004 ont transformé le statut des Thermes nationaux d'Aix-les-Bains (TNAB) d'établissement public national administratif (EPNA) en établissement public industriel et commercial (EPIC), pour tenter d'en dynamiser la gestion.

¹⁹¹ Décret du 3 avril 1941 portant création d'un comité d'organisation de l'industrie du thermalisme, JORF du 27 avril 1941, p.1800.

particulières »¹⁹². L'École est agréée et acquiert le statut d'école nationale, rattachée à la faculté de Lyon. Sa dénomination est désormais « École Nationale des Techniques Thermales ». Curieusement, elle sera déclarée sous la forme d'une association régie par la loi de 1901¹⁹³. On peut penser que ce choix, a été dicté par la volonté des responsables des établissements thermaux qui voulaient garder une totale mainmise tant sur l'organisation de l'école que sur le personnel technique et leur formation. Cette obstination aura pour conséquence d'entraîner, quelques années plus tard, la fermeture de l'École Nationale des Techniques Thermales acquiert le statut d'école nationale, rattachée à la faculté de Lyon. Le recrutement des élèves s'effectue par un concours de niveau certificat d'étude¹⁹⁴. À compter de cette date, l'école Nationale des Techniques Thermales accueillera des élèves venant de toutes les stations thermales de France. À partir de l'année 1949, le constat ayant été fait qu'il y a pratiquement autant de techniques thermales que d'établissements thermaux, les gestionnaires décident que la formation ne sera dispensée qu'aux stagiaires aixois et concernera exclusivement les techniques en usage dans les établissements thermaux d'Aix-les-Bains.

La formation est sérieuse, dote l'élève de compétences spécifiques. Elle lui offre un statut privilégié et un accès prioritaire pour intégrer l'un des établissements nationaux d'Aix les Bains.

1949 est l'année où le destin de l'École Nationale des Techniques Thermales et des techniciens thermaux va se jouer. Un accord de principe a été conclu sous l'égide des pouvoirs publics entre les différentes parties en présence (Syndicat des masseurs-kinésithérapeutes, syndicat national des établissements thermaux, École des techniques Thermales d'Aix-les-Bains, Directeur des Thermes nationaux d'Aix-les-Bains) pour reconnaître officiellement l'École Nationale des Techniques Thermales comme l'« École Nationale de massage et de Techniques Thermales » habilitée à délivrer officiellement le

¹⁹² Dès l'été 1940, le gouvernement de Vichy va encadrer de manière contraignante les différents secteurs économiques en imposant aux entreprises toute une série de mesures coercitives. C'est ainsi qu'en avril 1941, va être mis en place le Comité d'organisation du thermalisme et de l'industrie, composé essentiellement de personnalités issues du thermalisme : médecins de cures, représentants des établissements thermaux, etc.

¹⁹³ Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, JORF du 2 juillet 1901 page 4025

¹⁹⁴ Le certificat d'études primaires élémentaires était un diplôme sanctionnant la fin de l'enseignement primaire élémentaire attestant l'acquisition de l'écriture, de la lecture, du calcul, de l'histoire-géographie et des sciences naturelles. Officiellement supprimé en 1989, il avait été mis en place par une circulaire ministérielle du 20 août 1866 et institué par l'article 6 de la loi « Jules Ferry » du 28 mars 1882 sur l'enseignement primaire obligatoire.

diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute¹⁹⁵. Cependant, aucune décision ne sera prise. Le diplôme ne sera jamais reconnu par le ministère de l'Éducation Nationale. Les responsables s'en tiennent au statu quo. On peut penser que les raisons qui ont poussé les responsables des établissements thermaux à ne pas saisir cette opportunité qui leur était offerte sont de diverses natures. Sur le plan organisationnel, il est vraisemblable que la mise à niveau de l'ensemble du personnel présentait de très grosses difficultés, tant en matière d'organisation que de rémunération. En matière de recrutement, l'élévation du niveau aurait mis un terme à l'ancienne tradition voulant que le recrutement des techniciens thermaux soit local et le plus souvent intrafamilial. De surcroît, décerné un diplôme d'Etat aurait permis aux récipiendaires d'aller exercer où bon leur semble, ce qui aurait eu des conséquences péjoratives sur le recrutement des personnels techniques des thermes d'Aix-les-Bains. Enfin, le fait que l'École Nationale des Techniques Thermales, structure d'enseignement, soit gérée sous la forme d'une association régie par la loi de 1901 la rendait entièrement dépendante de la très importante structure de recrutement à laquelle elle était accolée et lui retirait tout pouvoir décisionnaire en la matière.

Ce refus d'ouverture ainsi que la volonté de mettre en exergue les différences fondamentales entre techniciens thermaux et masseurs-kinésithérapeutes auront de lourdes répercussions quelques années plus tard, entraînant la marginalisation puis la fermeture de l'École Nationale des Techniques Thermales ainsi que la lente disparition des techniciens thermaux. En fait, plus que les compétences instituées réglementairement ce qui primait, tant pour l'administration que pour les curistes, était le savoir-faire du technicien thermal évalué dans sa relation avec les « clients » et son aptitude à rentabiliser son temps de travail.

Cependant, au début des années 1960, les critères de sélection se font plus rigoureux. Si la visite médicale est toujours déterminante, l'examen d'entrée est désormais du niveau du BEPC¹⁹⁶. En 1975, par décret, les techniciens thermaux deviennent officiellement Techniciens de physiothérapie¹⁹⁷, dénomination exclusivement réservée à ces personnels des

¹⁹⁵ Lettre adressée le 8 janvier 1949 à monsieur Louis Rigaud, directeur des thermes par le docteur Jacques Forestier (1890-1978) médecin rhumatologue, Président de la Société médicale d'Aix-les-Bains, Président du conseil d'administration de l'association gérant l'Ecole Nationale des Techniques Thermales de 1943 à 1978. Citée par Juliette Rolland, Développement des spécialités médicales et la kinésithérapie, L'histoire des techniques thermales d'Aix-les-Bains, Société d'art et d'histoire d'Aix-les-Bains, n°75, décembre 2013.

¹⁹⁶ BEPC : Le brevet d'études du premier cycle, diplôme certifiant l'acquisition de connaissances générales requises au terme de la scolarité en collège. Institué par le décret n° 47-2052 du 20 octobre 1947 instituant le brevet d'études du premier cycle du second degré, JORF du 23 octobre 1947, p.10478-10479

¹⁹⁷ Décret n°75-557 du 2 juillet 1975 relatif au statut particulier du personnel technique du service de physiothérapie des thermes nationaux d'Aix-les-Bains, article 2« *Le corps du personnel technique du service de*

Établissements Thermaux d'Aix les Bains. C'est aussi cette année-là, qu'au décours d'une proposition de loi visant à adapter les règles relatives au monopole d'activité des masseurs-kinésithérapeutes à l'étendue de leurs compétences professionnelles¹⁹⁸, subrepticement, il sera tenté d'autoriser les titulaires du certificat délivré par l'école des techniques thermales d'Aix-les-Bains à pratiquer le massage médical exclusivement dans cet établissement. Lors de l'examen en commission¹⁹⁹, deux députés, Messieurs Pierre Raynal²⁰⁰ et Claude Peyret²⁰¹ firent valoir que cette école n'enseignait pas réellement la masso-kinésithérapie et que cette disposition constituerait un précédent dangereux. Leurs arguments furent entendus, et cette disposition fut repoussée par la commission. Il faut souligner que si Pierre Raynal, médecin de profession et ardent promoteur du thermalisme, fut également de 1953 à 1995 maire de Chaudes-Aigues, commune du Cantal et station thermale réputée pour ses eaux chaudes, traitant essentiellement les affections rhumatismales ainsi que les séquelles traumatiques ou postopératoires.

Ce zèle mis au service de la protection du monopole légal des masseurs-kinésithérapeutes en matière de massage était-il aussi désintéressé qu'on peut le penser ou bien faut-il y voir la réaction d'un édile ne souhaitant pas que soit accordé à une ville thermale concurrente, un avantage dont les établissements de sa commune n'auraient pas pu bénéficier?

En réaction à la reconnaissance officielle du statut du personnel soignant des établissements thermaux, en 1979, les masseurs-kinésithérapeutes par la voix du Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes²⁰² porte plainte pour exercice illégal du massage.

physiothérapie des Thermes nationaux d'Aix-les-Bains comprend quatre grades : technicien de physiothérapie de classe normale; technicien de physiothérapie de exceptionnelle, surveillant du service de physiothérapie, surveillant chef du service de physiothérapie. »

¹⁹⁸ Proposition de loi n° 2668, tendant à modifier le titre III du livre IV du Code de la santé publique et relative à la profession de masseur-kinésithérapeute, article 5, Assemblée nationale, 4ème législature, première session ordinaire de 1972-1973, 64ème séance, mercredi 22 novembre 1972

¹⁹⁹ Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Assemblée nationale, 4ème législature, première session ordinaire de 1972-1973, séance du 8 décembre 1972

²⁰⁰ RAYNAL Pierre (1920-2008), médecin, député du Cantal, Union des démocrates pour la République. Suppléant de Georges Pompidou à l'Assemblée Nationale, il prit sa place lorsque ce dernier fut élu Président de la république en 1969.

²⁰¹ PEYRET Claude (1925-1975), médecin, député de la Vienne, Union des démocrates pour la République. il fut l'un des plus farouches partisans du projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse présenté à l'initiative du Président de la République, Valéry Giscard d'Estaing, par Simone WEILL, ministre de la Santé. au mois de novembre 1974.

²⁰² Le Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs, a été créé en 1977. Il est né d'une scission de plusieurs syndicats départementaux de la Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR), jusqu'alors seul syndicat représentant les masseurs kinésithérapeutes libéraux. Le SNMKR a été reconnu comme représentatif le 22 février 1982 par les pouvoirs publics (Ministère de la Solidarité Nationale).

Il est reproché aux techniciens de physiothérapie de violer les dispositions de l'article L.487 du code de la santé publique qui dispose que « *Réserve faite des dérogations prévues à l'article L. 491, nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale, s'il n'est muni du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute institué par l'article L. 488 du présent titre. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale [...]* ». Après une longue procédure, le 11 juin 1980, le directeur des thermes nationaux est déclaré coupable de cette infraction. Cette décision de justice va avoir pour conséquence la fermeture de l'école des techniques thermales d'Aix les Bains le 31 décembre 1982²⁰³.

La loi du 30 avril 1946 a aussi rattaché au groupe des masseurs médicaux un autre groupe professionnel déjà constitué depuis de longues années : celui des gymnastes médicaux.

2. L'homogénéité des gymnastes médicaux

Les gymnastes médicaux sont beaucoup moins nombreux que les masseurs médicaux à demander l'équivalence puisque seules 246 demandes sont répertoriées, soit à peu près autant que les masseurs thermaux²⁰⁴. Plusieurs caractéristiques vont distinguer ce groupe professionnel du groupe des masseurs médicaux.

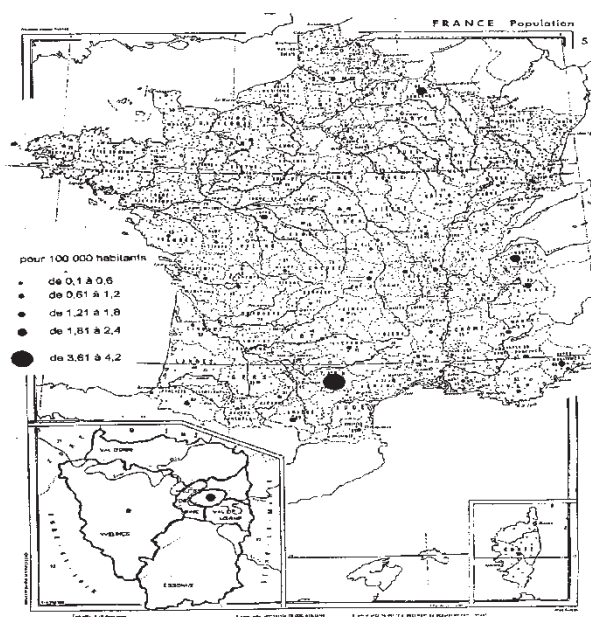
Les gymnastes médicaux sont le plus souvent titulaires d'un diplôme de maître, de professeur ou de moniteur d'éducation physique. Mais, la différence fondamentale est le niveau d'études car 78 % possèdent un diplôme. Parmi ces professionnels diplômés, 28 % sont professeurs d'éducation physique, avec un niveau d'étude secondaire (brevet élémentaire, brevet supérieur, baccalauréat). Cela tient au fait que depuis plusieurs dizaines d'années les enseignants en gymnastique ou éducation physique ont été associés au traitement des imperfections corporelles d'un nombre assez important d'enfants mais surtout d'adolescents.

Les gymnastes médicaux sont majoritairement masculins (54 %), issus de province comme nous le montre le document ci-dessous²⁰⁵.

²⁰³ CARRET André, L'école des techniques thermales, une spécificité aixoise, Arts et mémoire, décembre 2003, Arts et mémoire, Société d'art et d'histoire d'Aix-les-Bains, n°29, décembre 2003

²⁰⁴ REMONDIÈRE Rémi cf. supra

²⁰⁵ Cf. supra AUDEBRAND Jean-Michel



*Répartition géographique des gymnastes médicaux demandeurs de l'équivalence
(d'après DGC 81 033/152-153)*

Les gymnastes médicaux sont le plus souvent titulaires d'un diplôme de maître, de professeur ou de moniteur d'éducation physique. Mais, la différence fondamentale est le niveau d'études car 78 % possèdent un diplôme. Parmi ces professionnels diplômés, 28 % sont professeurs d'éducation physique, avec un niveau d'étude secondaire (brevet élémentaire, brevet supérieur, baccalauréat). Cela tient au fait que depuis plusieurs dizaines d'années les enseignants en gymnastique où éducation physique ont été associés au traitement des imperfections corporelles d'un nombre assez important d'enfants mais surtout d'adolescents.

Si la très grande majorité des professeurs d'éducation physique continue à enseigner une « culture physique » à vocation sportive, un nombre non négligeable va se spécialiser en gymnastique corrective.

La présence des professeurs d'éducation physique, posera d'ailleurs un problème aux membres de la Commission des équivalences par rapport à la définition médicale du métier de masseur kinésithérapeute²⁰⁶, d'autant plus que les professeurs d'éducation physique obtiendront en 1946 la création de Centres de rééducation physique²⁰⁷, répartis dans tout

²⁰⁶ GAUBERT Christophe, Le sens des limites, Structuration du corps des masseurs-kinésithérapeutes, définition sociale de leur compétence et imposition scolaire de la domination médicale, Ecole des Hautes Etudes en sciences Sociales, Thèse, 2006

²⁰⁷ Décret n°46-2698 du 26 novembre 1946 fixant les modalités d'application de l'Ordonnance 52407 du 18 octobre 1945 sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres, JORF du 29 novembre 1946. Il rend obligatoire la tenue d'une fiche d'aptitude à l'éducation physique devant suivre l'élève pendant toute sa scolarité. Parallèlement, est institué la création de centres de rééducation physique régionaux et d'un centre national de

l'hexagone, destinés à soigner les adolescents victimes de séquelles orthopédiques liées aux carences dues à la période de l'Occupation. De plus cette minorité, majoritairement masculine, porteuse d'un capital scolaire plus élevé, est très active dans sa lutte pour une reconnaissance officielle alors que le groupe des gymnastes médicaux- masseurs s'il est plus important en nombre est majoritairement plus âgé, essentiellement féminin, moins diplômé et dépendant du corps médical qui après avoir assuré leur formation les emploie²⁰⁸ ! Cependant, comme le souligne Christophe Gaubert dans sa thèse, une étude plus précise des dossiers de demande d'équivalence montre que parmi ces trois groupes, deux se superposent partiellement. En effet, un peu plus de 10 % des masseurs médicaux déclarent être titulaires d'un diplôme d'éducation physique et un nombre à peu près équivalent de gymnastes médicaux possèdent un diplôme de masseur délivré par une école de massage agréée. Les femmes, elles, ont le plus souvent obtenu un diplôme délivré par une des écoles parisiennes d'orthopédie ou de massage ou de culture physique. Ce qui est caractéristique chez ces professionnels est la dichotomie de sa formation : pour certains un diplôme issu de l'Éducation nationale et pour d'autres un diplôme délivré par le ministère de la santé.

Dernière caractéristique, à la différence des masseurs médicaux ou thermaux, dans ce groupe on ne retrouve que très peu d'infirmières. Là aussi l'explication est simple et tient dans les racines fondatrices de cette profession. C'est à la fin du 19^e siècle que tout va se jouer. À l'époque, la gymnastique est l'apanage presque exclusif des militaires qui la partage avec des artistes de cirque ou de music-hall ! Il est difficile, voire impossible de distinguer l'exercice physique de l'art forain. Les pouvoirs publics prenant conscience du très gros retard que la France a pris en ce domaine par rapport à ses voisins européens vont mener une politique visant à développer la gymnastique.

Il est communément admis que dans un premier temps la gymnastique va être l'apanage des militaires²⁰⁹.

rééducation physique. On peut voir dans la tentative de reprise en main de cette discipline par le corps médical ainsi que l'influence alors très importante de la société française de rééducation physique.

²⁰⁸ GAUBERT Christophe ? « Le sens des limites » Structuration du corps des masseurs-kinésithérapeutes, définition sociale de leur compétence et imposition scolaire de la dénomination médicale, Thèse de doctorat, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, novembre 2006

²⁰⁹ ANDRIEU Gilbert « La gymnastique au XIX^e siècle ou la naissance de l'éducation physique 1789-1914 », Les cahiers ACTIO, ACTIO ? septembre 1999

A. Une gymnastique à finalité militaire

Cependant, c'est oublier que déjà à cette époque, au sein des services hospitaliers parisiens, des médecins le plus souvent orthopédistes²¹⁰ sont à l'origine du développement d'une gymnastique à visée thérapeutique destinée aux déviations vertébrales et autres malformations ostéo-articulaires. C'est au sein de l'hôpital des Enfants Malades²¹¹, qu'à leur initiative, en 1847, a été créé le premier gymnase médical dont la direction sera confiée à Alexandre-Napoléon Laisné, qui par la suite interviendra dans les hôpitaux de la Salpêtrière (1853) et de Bicêtre (1854). Grâce aux résultats qu'il a obtenus, et aux études réalisées conjointement par Laisné et les médecins hospitaliers, études validées par l'Académie de médecine, la gymnastique va commencer à pénétrer les hôpitaux et devenir une thérapeutique à part entière, en concurrence avec les autres traitements. Pour Jacques Monet, alors que la kinésithérapie n'apparaîtra que plus tard²¹², Alexandre-Napoléon Laisné fut le premier kinésithérapeute de France²¹³.

À cette époque, l'Éducation Physique est sous la tutelle du ministère de l'Instruction Publique mais, dans les faits, c'est le ministère de la Guerre qui rétribue la plus grande partie des moniteurs de gymnastique.

En 1846, Amoros²¹⁴, considéré comme le père fondateur de la gymnastique en France participe aux travaux de la commission chargée de rédiger le premier Règlement de

²¹⁰ Orthopédiste : médecin dont la spécialité est de prévenir et de corriger les difformités du corps. Par extension, chirurgien des os et des articulations.

²¹¹ Initialement installé à Vaugirard, dans la Maison de l'Enfant Jésus (congrégation des Filles de Saint Thomas de Villeneuve) à la fin du XVIIIème siècle, l'hôpital des Enfants Malades est officiellement créé le 29 avril 1802 et installé rue du Faubourg Saint Antoine à Paris. Il a été le premier hôpital réservé aux enfants et ce pour des raisons de moralité et d'efficacité. Il a pour finalité d'éviter que les enfants soient hospitalisés avec des adultes et partagent leur promiscuité mais aussi de favoriser, grâce à leur réunion dans un même lieu, l'étude et le traitement des différentes pathologies pédiatriques.

²¹² Société de kinésithérapie, fondée le 26 janvier 1900 par un groupe de médecins dont le but est « *d'amener le monde médical à des pratiques autrefois empiriques et à les faire passer dans le domaine scientifique* » (Compte rendu annuel de la Société de Kinésithérapie du 25 janvier 1901. Revue de Cinésie, février 1901) cité par Jacques Monet, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle. Une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*, Thèse pour le doctorat en sociologie, Université de Paris I, Panthéon-Sorbonne, Institut des sciences Sociales du travail, juin 2003.

²¹³ MONET Jacques, « *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle: une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914* », Thèse pour le doctorat en sociologie, Université de Paris I – Panthéon Sorbonne, Institut des Sciences Sociales du Travail, Juin 2003

²¹⁴ AMOROS Y ANDREANO Francisco, marquis de Sotelo (1770 – 1848), officier supérieur dans l'armée espagnole, il commande le corps grenadiers-gymnastes qu'il a créé. Lors des guerres napoléoniennes, ayant pris parti pour Joseph Bonaparte, il doit s'exiler en France lors du rétablissement du roi d'Espagne Ferdinand VII en 1813. Naturalisé français en 1816, il ouvre à Paris, en 1818, le premier établissement public de gymnastique destiné aux enfants des écoles. Ses compétences en la matière, unanimement reconnues, lui permettront d'être

gymnastique pour les militaires qui aboutira à la création, le 15 juillet 1852, de l'École Normale de Gymnastique de Joinville²¹⁵, créée pour former des moniteurs capables d'enseigner la gymnastique aux militaires, futurs combattants²¹⁶. La France ne possédant aucune école spécialisée pour former des enseignants, l'école de Joinville va prendre en charge ce besoin d'instruction publique. Elle sera la première institution à délivrer un diplôme qui préfigure le futur Certificat d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique (CAEG)²¹⁷ qui permet à bon nombre d'anciens militaires d'enseigner l'éducation physique, cette fonction ne bénéficiant pas d'une grande reconnaissance sociale. Comme le professeur Léon Bérard le soulignait en 1854, dans son rapport au ministre de l'instruction publique « *On ne saurait exiger d'un professeur de gymnastique qu'il dise à ses élèves le nom des muscles, ni même qu'il les connaisse... ce luxe scientifique serait parfaitement stérile. Un homme qui pourrait entrer dans de tels détails sur tous les mouvements du corps aurait quelque chose de mieux à faire que de se constituer moniteur de gymnastique dans un lycée* ». L'influence de l'école de Joinville, et des militaires en la matière, est considérable²¹⁸. Cependant, l'influence militaire sera progressivement supplantée par celle du corps médical.

Victor Duruy²¹⁹, ministre de l'Instruction Publique est le premier à faire la distinction entre la gymnastique militaire et la gymnastique scolaire et affirmer que la gymnastique « *au même titre que le régime alimentaire [...] peut contribuer au développement des forces physiques de*

nommé dans un premier temps, en 1819, directeur du gymnase normal militaire et civil ainsi que de celui des sapeurs-pompiers de Paris puis en 1829, inspecteur des gymnases militaires de France.

²¹⁵ L'école normale militaire de gymnastique de Joinville ouvre ses portes le 15 juillet 1852. De 1852 à 1939, elle forme des moniteurs d'éducation physique, développe la recherche en matière de gymnastique et de sport et assure par son rayonnement le lien Armée-Nation. Après la guerre de 1914-1918, elle reprend ses missions et devient aussi un centre de préparation pour les sportifs qui s'entraînent en vue des compétitions internationales. En 1925, elle prend l'appellation d'école supérieure d'éducation physique. Elle cesse ses activités en 1939. Ses anciens cadres les reprennent dès 1941 dans différents établissements civils et militaires : le collège national des moniteurs et athlètes d'Antibes, l'institut national des sports de Paris, les écoles nationales d'entraînement physique militaire de Pau-le-hameau et d'Antibes le centre sportif de l'armée de Pau, le centre sportif des forces armées de Joinville, le bataillon de Joinville, le groupement sportif interarmées de Joinville, l'école d'entraînement physique militaire d'Antibes, l'école interarmées d'entraînement physique et des sports de Joinville.

²¹⁶ L'enseignement de la gymnastique est dispensé sous la forme de deux cours annuels, d'une durée de six mois, à 175 sous-officiers (dont certains sont instituteurs) et 25 officiers.

²¹⁷ Le certificat d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique (CAEG) sera institué par le décret du 12 mars 1869. Il deviendra obligatoire pour enseigner la gymnastique dans les lycées et collèges. Il est l'ancêtre de l'actuel Certificat d'aptitude au professorat d'éducation physique et sportive (CAPEPS).

²¹⁸ A titre d'exemple, un arrêté du 7 novembre 1854, créé, une commission chargée d'étudier la question de la gymnastique. Présidée par un médecin, le Professeur Bernard de la faculté de médecine de Paris, elle est composée de deux fonctionnaires du ministère de l'Instruction Publique et de trois officiers dont le capitaine d'Argy, commandant de l'école de Joinville.

²¹⁹ DURUY Victor Jean (1811 – 1894), enseignant, historien, homme politique, ministre de l'Instruction Publique de 1863 à 1869 sous le Second Empire.

la jeunesse ». Dans un rapport²²⁰ rédigé à sa demande, il est constaté sur 174 enseignants de gymnastique diplômés, 60 sont militaires, 63 sont d'anciens militaires et 51 sont issus des gymnases civils. Il est mis en exergue que « *Le défaut de la gymnastique française, c'est de manquer de bases scientifiques, et d'être par conséquent toujours empirique. En effet, très peu de gymnastes ont prélué à leur instruction par des études d'anatomie et physiologie ; la plupart se sont moins préoccupés de l'éducation physique de l'enfance comme auxiliaire de l'éducation intellectuelle, que de développer quand même la force [...]* » La gymnastique est la science raisonnée de nos mouvements, elle a pour but le développement régulier du corps, l'accroissement et l'équilibration de toutes les forces de l'organisme. Un résultat, si important ne peut être obtenu qu'à l'aide d'un enseignement méthodique et scientifiquement institué ».

Le décret du 12 février 1869 portant sur l'organisation de la gymnastique rend la gymnastique obligatoire dans les lycées, les collèges et les écoles normales de garçons. L'éducation physique a été rendue obligatoire à l'école avant que l'école soit obligatoire²²¹ ! Il crée le Certificat d'Aptitude à l'Enseignement de la Gymnastique (CAEG), ancêtre du professorat d'éducation physique. Dès la fin du XIX^e siècle, à la différence des masseurs médicaux, les maîtres de gymnastique vont être titulaires d'un diplôme reconnu par l'Éducation Nationale et ne seront pas sous la tutelle castratrice du corps médical.

Le 27 janvier 1880, la loi « George » instaure la pratique obligatoire de la gymnastique à l'école primaire²²². L'esprit de la loi est simple. Comme on apprend à lire, à écrire et à compter à l'école, il faut aussi apprendre à se servir de son corps.

²²⁰ Rapport du docteur Hillairet, médecin au lycée saint Louis à Paris.

²²¹ Loi du 28 mars 1882 sur l'enseignement primaire obligatoire impose aux enfants des deux sexes, de fréquenter obligatoirement l'école de 6 à 13 ans. Cependant, si l'enseignement de la gymnastique est obligatoire dans les collèges et les lycées considérés comme l'école de l'aristocratie et de la bourgeoisie, il n'en n'est pas de même dans les écoles primaires, écoles du peuple où il est quasiment inexistant. Comment pourrait-il en être autrement alors que cet enseignement de la gymnastique est le plus souvent facultatif au sein des Ecoles Normales d'instituteurs ? Mais dans les faits, cet enseignement ne concerne qu'une partie négligeable de la population. A la fin du 19^{ème} siècle pour quatre millions d'élèves dans le primaire il y a cinquante mille collégiens et lycéens. Collèges et lycées ayant pour finalité de former les futurs cadres de la Nation, c'est l'Etat français qui prend en charge le financement des installations et des enseignements, facilitant ainsi le développement de l'éducation physique. Par contre, dans l'enseignement primaire, dont la finalité est d'alphabétiser la population, cet enseignement est laissé à la libre appréciation des autorités communales qui vont, pour cause de budget, être réticentes à en prendre en charge le financement. Lorsqu'elles le feront c'est souvent un militaire qui est recruté pour en assurer l'enseignement et le plus souvent choisi car ne possédant pas le certificat d'aptitude ce qui permet de le rétribuer avec un salaire de trois à six fois inférieur à celui d'un enseignant diplômé.

²²² GEORGES Eustache (1830-1903), avocat, député puis sénateur des Vosges, c'est en tant que tel qu'il présente au Sénat, le 18 mars 1879, la proposition de loi qui vise à rendre « *obligatoire dans tous les collèges et toutes les écoles publiques de garçon* » l'enseignement de la gymnastique. Pour le sénateur George, la

La gymnastique est toujours mise au service du patriotisme « *Faites-nous des hommes, nous en ferons des soldats* »²²³, l'exercice corporel à l'école est encore trop souvent assimilé à l'exercice militaire²²⁴. Cette loi marque l'apogée de l'influence militaire sur la gymnastique.

En cette fin du XIX^e siècle, les préoccupations hygiénistes vont prendre le pas sur celles militaires et républicaines qui ont eu cours jusqu'alors ce qui va permettre au corps médical de s'approprier la technique. En devenant scolaire, la gymnastique va tomber dans l'escarcelle des médecins, dont la compétence en matière d'hygiène n'est contestée par personne.

Sous la poussée des hygiénistes²²⁵ le regard porté sur la gymnastique se modifie. Apparaît alors une nouvelle conception basée sur le développement corporel et la correction de certaines « difformités » dont sont porteurs les adolescents. Initialement, le corps médical se préoccupe de la mauvaise santé des lycéens²²⁶ et par conséquent va s'intéresser à l'essence même des exercices physiques, à savoir la connaissance du mouvement²²⁷ et de ses bienfaits sur le corps humain. La gymnastique, si elle ne fait pas l'unanimité, gagne du terrain. Les médecins réussissent à devenir des acteurs incontournables d'une activité en plein essor²²⁸. Au début du

gymnastique doit être partie intégrante des heures de scolarité et non pas empiéter sur celles des récréations. La gymnastique féminine, par défaut d'enseignantes qualifiées est écartée.

²²³ CHANZY Alfred (1823-1883), général, député, sénateur, homme politique (ambassadeur en Russie)

²²⁴ « La gymnastique n'est encore qu'au berceau que déjà on lui supprime le lait généreux de la forte mamelle de l'école de Joinville, pour lui ingurgiter le lait frelaté du biberon des instituteurs, la panade épaisse des incapables et l'âcre et énervante boisson des fruits secs et des intransigeants. .../... Il est facile de se rendre compte que la gymnastique agile, variée, vigoureuse et pleine d'entrain, toujours précédée d'exercices d'assouplissements bien démontrés et d'exercices militaires admirablement commandés des anciens sous-officiers, des sapeurs-pompiers et des professeurs qui sortent de l'école normale de Joinville, ne peut être comparée à cette gymnastique flasque, pataude, assommante pour les élèves et noblement commandée des instituteurs ». (Déclaration d'un professeur de gymnastique issu de Joinville, in *La gymnastique française*, bulletin de l'UPGF, n°5, juin 1885

²²⁵ Hygiénisme : courant de pensée né au 19^{ème} siècle associant actions politique, sociale, urbanistique, médicale dans lequel l'hygiène alimentaire, l'hygiène corporelle et l'hygiène de vie sont indissociables. Les découvertes de Louis Pasteur ont été un des principaux supports de cette doctrine qui a profondément bouleversé l'organisation sociétale en matière d'urbanisme, d'architecture, de médecine, etc. ...

²²⁶ LAGNEAU Gustave, 1827-1896, médecin, anthropologue, membre de l'Académie de médecine. Académie de médecine, discours, 18 avril 1886 « Du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles ».

²²⁷ En la matière, deux noms sont à retenir. Étienne-Jules Marey, 1830-1904, médecin, physiologiste français, « *La Machine animale. Locomotion terrestre et aérienne* » (1873) ; père de la chrono-photographie, « *Le Mouvement* » (1894) et Georges Demenÿ, 1850-191, physiologiste, responsable du premier cours d'enseignement supérieur d'éducation physique de la ville de Paris (1891). Demenÿ va être à l'origine de la validation scientifique de l'éducation physique en associant la physiologie et l'expérience in situ. On lui doit d'avoir réussi le tour de force d'émanciper institutionnellement l'éducation physique de la tutelle de l'armée et de la médecine.

²²⁸ DALLY Etienne, docteur en médecine, , « ... c'est à l'école de Médecine qu'il faudrait surtout s'adresser. L'École Normale de gymnastique que demande le rapport (celui du docteur Hillairet de 1869) devrait être située dans le quartier des Écoles, et le médecin, mieux qualifié que tout autre pour apprécier l'effet physiologique des mouvements, pourrait devenir, avec le professeur, l'instituteur et le gymnaste, au-dessus d'eux, si l'on veut, le promoteur et l'inspecteur local de l'éducation physique ... », intervention devant le Conseil municipal de la ville de Paris, 1871

XXe siècle, ils sont considérés comme les plus compétents en matière de protection et d'amélioration de la santé²²⁹.

B. Une gymnastique devenue corrective

Dans les années qui succèdent à la Première Guerre mondiale, l'esprit de revanche qui animait la nation française n'a plus lieu d'être ce qui va contribuer au déclin très rapide de l'influence militaire sur la gymnastique. Les différentes parties en présence (militaires, médecins) s'accordent sur les valeurs fondamentales de la gymnastique à savoir l'hygiène et ses effets bénéfiques sur la santé. D'obédience militaire puis scolaire, la gymnastique va devenir médicale. De l'hygiénisme ayant pour objectif un développement harmonieux du corps²³⁰ cela va aboutir progressivement à la thérapeutique.

Comme cela a déjà été le cas pour le massage, les médecins, par un positionnement institutionnel massif, vont, pendant un temps, s'approprier la discipline. Grâce à leurs savoirs en sciences fondamentales (anatomie, physiologie, biologie) dominantes à l'époque, ils vont réussir à faire reconnaître comme une vérité incontournable qu'il ne peut pas y avoir de pleine santé sans un corps parfait d'où l'importance de corriger les malformations corporelles, nombreuses à l'époque et souvent associées à des carences importantes liées aux grands fléaux de l'époque (alcoolisme, malnutrition, etc.) C'est à travers la notion de contrôle du corps ainsi qu'à la prise de conscience, par les médecins, de l'enjeu de pouvoir que représente au sein de l'école l'éducation physique, qu'il faut comprendre l'emprise médicale sur la gymnastique²³¹.

Cependant, c'est le manque d'unanimité des médecins en la matière qui va entraîner une scission irrémédiable de la gymnastique. Une partie du corps médical, composé des médecins les plus influents²³², prône une approche scientifique de la recherche de la santé par la pratique sportive²³³ assez éloignée des principes hygiénistes, jusqu'alors en vigueur.

²²⁹ Lors du congrès national et scientifique de l'éducation physique qui se tient à Bordeaux en 1923 les débats sont largement dominés par les médecins qui, mettant au second plan leurs approches divergentes de la gymnastique, s'accordent pour prôner l'association des exercices physiques et amélioration de la santé.

²³⁰ LAGRANGE Fernand, 1845 – 1909, médecin, physiologiste. Promoteur des sports de plein air et de l'éducation physique.

²³¹ DELIGNIERES Didier, DURET Pascal, Valeur physique et grandeur morale : itinéraire d'une liaison au cours du XXème siècle, Echanges et Controverses, 2 (1989), 155-200.

²³² LAGRANGE Fernand (cf. supra), BOIGEY Maurice (1877-1952), médecin militaire, docteur ès-science, co-fondateur de la Société médicale d'éducation physique et de sport. Auteur de très nombreux ouvrages consacrés à l'éducation physique. « L'entraînement » publié en 1942, est un remarquable traité considéré à l'époque comme sans équivalent. Jean-Edouard Ruffier (1854-1964), médecin, physiologiste, auteur de très nombreux ouvrages

Le corps médical, va prendre en charge le contrôle de la formation des enseignants. Sous l'impulsion du plus entreprenant d'entre eux, le docteur Philippe Tissie²³⁴ la formation des enseignants en éducation physique, jusqu'alors courte et empreinte d'empirisme s'allonge et devient universitaire. Cette évolution s'accompagne d'une reconnaissance professionnelle. L'année 1933 voit la création de l'École Normale d'Education Physique et du certificat d'aptitude à l'enseignement de l'éducation physique (degré supérieur) réservé aux titulaires du brevet supérieur ou du baccalauréat se préparant en deux ans et exigeant le brevet supérieur ou le baccalauréat.

L'éducation physique est née, totalement dégagée de l'emprise militaire, largement indépendante de la faculté de médecine en étant intégrée à l'Université la dotant d'une organisation nationale des études avec l'apparition d'un double cursus de formation, prémices de l'enseignement supérieur.²³⁵

en matière de culture physique mais aussi de pratique sportive et d'adaptation de la gymnastique médicale au traitement des différentes formes d'handicap et des maladies chroniques.

²³³ ANDRIEU Gilbert u, « L'éducation physique au XXème siècle : une histoire de pratiques, Les cahiers Action, Actio, 1993

²³⁴ TISSIE Philippe Auguste, 1852-1935, officier de santé puis médecin (1887), précurseur de la neuropsychiatrie, fervent partisan de la gymnastique suédoise, réformateur de la vie scolaire, il va être à l'origine de l'évolution du système scolaire en y intégrant des exercices ludiques sous forme de jeux organisés ainsi que des sports. (Source Wikipédia)

²³⁵ Le décret du 3 février 1869 portant sur l'organisation de la gymnastique, titre IV, article 11 a institué le certificat d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique. Le décret du 12 janvier 1908 est à l'origine de la création du CAEG degré supérieur. Les conditions de recrutement laissent à désirer puisqu'aucun diplôme de culture générale n'est exigé pour se présenter au degré élémentaire ou au degré supérieur du C.A.E.G. Ce n'est qu'à partir de 1927 (circulaire ministérielle du 10 décembre 1927) avec la création de l'Institut d'éducation physique de l'Université de Bordeaux (à l'initiative du docteur Tissie) suivi en 1928 par ceux de Lyon, Lille et Paris (décrets du 15 février, du 27 mars et du 9 juin 1928) puis des Instituts régionaux d'éducation physique rattachés aux facultés de médecine que les conditions d'accès à la profession vont être soumises à un niveau d'études. Pour accéder à l'année d'étude préparatoire au certificat, les candidats doivent être titulaires du brevet élémentaire, de la première partie du baccalauréat ou du diplôme de fin d'études secondaires. Le décret du 12 août 1931 paru au JORF le 20 août 1931, substitue le Certificat d'aptitude à l'éducation physique (CAEPS) au CAEG. Le décret du 23 juin 1933 est le fondement de la création de l'Ecole normale d'éducation physique. Le décret du 31 juillet 1933 crée le certificat d'aptitude au professorat de l'éducation physique (CAPEP) obtenu après une scolarité de deux ans réservée aux titulaires du brevet supérieur ou du baccalauréat.

C. Avènement de l'Éducation physique

La présence de ces enseignants possesseurs d'un diplôme reconnu par le ministère de l'Éducation Nationale²³⁶ ne permettra pas aux médecins d'obtenir un contrôle intégral de la pratique de cette forme de gymnastique, même si pendant des années les enseignants en éducation physique sont les exécutants des prescriptions médicales, le diagnostic médical adaptant les exercices demandés aux caractéristiques physiques et physiologiques des élèves selon la catégorie dans laquelle ils auront été classés et qui sera reprise par le docteur Chailley-Bert quelques années plus tard²³⁷. Les médecins vont ainsi pouvoir contrôler l'éducation physique scolaire. En s'appuyant sur les théories hygiénistes très en vogue à l'époque, ils vont pouvoir mettre en avant l'absolu nécessité du contrôle du corps pour pouvoir développer une santé harmonieuse et exempte de tares constitutionnelles²³⁸.

Dès 1932, des professeurs d'éducation physique particulièrement sensibilisés par la gymnastique médicale vont se regrouper, au sein d'un groupement professionnel initialement intitulé « Société des Professeurs Spécialistes de Culture Physique de France » à l'initiative de Pierre Petat²³⁹.

²³⁶ Le décret du 3 février 1869 portant sur l'organisation de la gymnastique, titre IV, article 11 a institué le certificat d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique. Le décret du 12 janvier 1908 est à l'origine de la création du CAEG degré supérieur. Les conditions de recrutement laissent à désirer puisqu'aucun diplôme de culture générale n'est exigé pour se présenter au degré élémentaire ou au degré supérieur du C.A.E.G. Ce n'est qu'à partir de 1927 (circulaire ministérielle du 10 décembre 1927) avec la création de l'Institut d'éducation physique de l'Université de Bordeaux (à l'initiative du docteur Tissié) suivi en 1928 par ceux de Lyon, Lille et Paris (décrets du 15 février, du 27 mars et du 9 juin 1928) puis des Instituts régionaux d'éducation physique rattachés aux facultés de médecine que les conditions d'accès à la profession vont être soumises à un niveau d'études. Pour accéder à l'année d'étude préparatoire au certificat, les candidats doivent être titulaires du brevet élémentaire, de la première partie du baccalauréat ou du diplôme de fin d'études secondaires. Le décret du 12 août 1931 paru au JORF le 20 août 1931, substitue le Certificat d'aptitude à l'éducation physique (CAEPS) au CAEG. Le décret du 23 juin 1933 est le fondement de la création de l'Ecole normale d'éducation physique. Le décret du 31 juillet 1933 crée le certificat d'aptitude au professorat de l'éducation physique (CAPEP) obtenu après une scolarité de deux ans réservée aux titulaires du brevet supérieur ou du baccalauréat.

²³⁷ CHAILLY-BERT Paul-André, 1890-1973, médecin, physiologiste, professeur d'université, directeur de l'Institut Régional d'Education Physique de Paris, reconnu pour son investissement dans la formation des enseignants d'éducation physique et la médecine sportive (source Wikipédia). Il proposera en 1943 un classement physiologique (encore utilisé actuellement) des élèves en quatre niveaux : I. enfants sains et normaux, II. Enfants moins résistants, III. Enfants ayant besoin d'un gymnastique corrective, IV. Enfants ayant besoin d'une gymnastique orthopédique.

²³⁸ DELIGNIERES Didier, DURET Pascal, Valeur physique et grandeur morale : itinéraire d'une liaison au cours du XXème siècle, Echanges et Controverses, 2, 1989, p. 155-200

²³⁹ TERRET Thierry, Education physique et éducation à la santé sous la IVème République, Centre de Recherche et d'Innovation sur le Sport de l'Université Claude Bernard, Lyon1, 2002 « *En 1932, Pierre Petat était professeur d'éducation physique au lycée de Montluçon. Grâce à une collaboration régulière avec les médecins de l'hôpital de la ville, il avait réussi à imposer sa conception des bienfaits de la rééducation par la gymnastique fonctionnelle que ce soit dans le domaine des séquelles d'accidents ou dans le cadre de la convalescence.* »

Cette dénomination va rapidement être modifiée en « Société Française de Rééducation Physique »²⁴⁰, ce changement traduisant à lui seul l'évolution de cette forme de gymnastique. Les professeurs d'éducation physique, dès lors, vont réclamer la création d'un diplôme leur permettant d'exercer au sein des établissements de Santé Publique et pratiquer la rééducation des enfants porteurs de déformations vertébrales. Va alors se développer une gymnastique médicale, sous l'entier contrôle de médecins ne faisant pas confiance à l'éducation physique ni à ceux qui la professent. Intéressés par une forme de gymnastique largement pratiquée en Europe, la gymnastique suédoise, qui a fait la preuve de son efficacité ils vont jeter les bases de la future kinésithérapie²⁴¹. L'approfondissement de la connaissance en matière de motricité, de physiologie musculaire va être déterminant dans la légitimation médicale de cette nouvelle méthode de soins. Cette forme de gymnastique, prescrite par le médecin, nécessite aux côtés du sujet la présence d'un aide, le gymnaste, qui va guider la séance, surveiller la bonne exécution et le correct dosage des exercices. Là encore, il n'est pas nécessaire que le gymnaste possède des connaissances médicales puisqu'il ne fait que se conformer aux prescriptions du médecin, détenteur du savoir.

L'appropriation de cette technique de soins corporels par les médecins va leur permettre de réclamer auprès des pouvoirs publics, comme ils l'ont fait depuis longtemps pour tout ce qui a trait à l'exercice médical²⁴², un contrôle strict de cette pratique dont ils déplorent le laxisme en la matière... Sont visés en premier lieu les professeurs de gymnastique des écoles²⁴³ et plus généralement les enseignants d'éducation physique, les médecins n'accordant aucune confiance aux diplômes délivrés en la matière par l'Éducation Nationale. En fait, là où le bât blesse, c'est que les professeurs d'éducation physique acceptent de collaborer avec les médecins mais refusent toute subordination²⁴⁴. Pour ne pas perdre leurs prérogatives en la

²⁴⁰ Compte rendu de l'assemblée générale du 21 septembre 1938, Revue de la Société des professeurs spécialistes de culture physique médicale de France, 19 novembre 1938, cité par Rémi Remondière, « L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946) », Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques, 12| 1994,

²⁴¹ Kinésithérapie (1847) nom féminin formé de *kinési*, élément tiré du grec *kinêsis* « mouvement » et de *thérapie* qui fournit le second élément de nombreux termes médicaux. Dictionnaire historique de la langue française, Le Robert, avril 2012. Il est communément admis que le créateur de ce mot fut un gymnaste suédois Carl August Georgii, 1808-1881, sous-directeur de l'Institut royal de Stockholm. Grégory Quin « A Professor of Gymnastics in Hospital. Napoléon Laisné (1810-1896) introduce Gymnastics at the « Hôpital des Enfants malades » », Staps 4/ 2009 (n° 86) , p. 79-91, URL : www.cairn.info/revue-staps-2009-4-page-79.htm., DOI : 10.3917/sta.086.0079

²⁴² Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, Titre V « Exercice illégal – Pénalités »,

²⁴³ REMONDIÈRE Rémi, « L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946) », Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques, 12, 1994

²⁴⁴ MONET Jacques, « la kinésithérapie, une spécialité médicale impossible, prolégomènes de Jacques Monet » Le livre vers... de la masso-kinésithérapie, CNOMK, Paris, juin 2011

matière, ces médecins vont officiellement réclamer la double compétence pour les masseurs²⁴⁵.

Le monopole médical va être battu en brèche par la publication du décret du 13 août 1942 instituant un diplôme d'Etat de gymnastique médicale signé par le Maréchal Pétain²⁴⁶, en vertu de la loi du 7 septembre 1941 portant organisation de la Santé et de l'Assistance²⁴⁷. Ce professionnel diplômé d'Etat sera compétent en « *gymnastique médicale et orthopédique dans un but de rééducation physique* ». Les études sont d'une durée de deux ans précédées d'un examen préparatoire. Pour pouvoir travailler dans tout établissement public ou recevant des fonds publics le diplôme est obligatoire.

Pendant les deux années qui suivent l'entrée en vigueur du décret, des mesures transitoires permettront aux professionnels qui exerçaient préalablement dans ces établissements de se présenter à un examen sur titres et sur épreuves en vue de l'obtention du diplôme. Le texte prévoit également la création d'un Conseil de perfectionnement dont le rôle est de conseiller le Secrétaire d'Etat à la Santé pour tout ce qui concerne les écoles et l'enseignement. Quelques mois plus tard, paraissent au Journal Officiel du samedi 20 mars 1943 deux arrêtés du Secrétaire d'Etat à la Santé²⁴⁸, en date du 23 février 1943, relatifs à l'enseignement, l'organisation et le fonctionnement des écoles de moniteurs de gymnastique.

²⁴⁵ CARNOT Paul., intervention à la séance solennelle de clôture, Congrès international des auxiliaires médicaux et 1er congrès international de massage, 6-9 juillet 1937, Paris, p. 97. Cité par Rémi Remondière cf. supra

²⁴⁶ Décret n° 2483 du 13 août 1942, JORF du 21 août 1942

²⁴⁷ PICARD Jean-François, historien, CNRS, 44, rue de l'Amiral Mouchez, 75014 Paris ; e-mail : jfpicard@ivry.cnrs.fr Aux origines de l'Inserm : André Chevallier et l'Institut national d'hygiène ; Sciences Sociales et Santé, Vol. 21, n° 1, mars 2003 « *On sait que le regard porté par les historiens sur ce passé vieux d'un demi-siècle oscille entre l'opprobre pour un régime issu de la défaite et l'omission des éléments à porter à son actif. Ainsi, Paxton ignore dans La France de Vichy (Paxton, 1973) une politique sanitaire dont il reste aujourd'hui plus que des vestiges puisqu'on lui doit l'organisation de la profession médicale (l'Ordre national des médecins créé par la loi du 7 octobre 1940), un premier cadre juridique pour l'industrie pharmaceutique (loi du 11 septembre 1941), le premier statut moderne des hôpitaux (loi du 21 décembre 1941) et, enfin, la création de l'Institut National d'Hygiène (30 novembre 1941). Certes, on peut s'étonner qu'un régime, fondé sur des principes antidémocratiques, ait réalisé en quelques mois ce que la défunte IIIe République n'avait pu obtenir au fil des précédentes décennies. Cependant, comme d'autres historiens, on remarquera d'abord qu'un pouvoir autoritaire dispose de moyens d'action autrement efficaces pour mener une politique de santé publique qu'une démocratie parlementaire plus soucieuse du droit des individus, mais soumise à l'influence de groupes de pression antagonistes (Proctor, 2001). On avancera donc l'hypothèse que le régime de Vichy sut réduire l'antinomie qui caractérisait, dans la France de l'entre-deux-guerres, la médecine libérale et la médecine sociale. C'est elle qui avait entravé la mise en place d'un dispositif national de santé publique (Murard et Zylberman, 1996) comme le développement de la recherche médicale (Guillaume, 1996).* »

²⁴⁸ AUBLANT Louis, 1890 - 1981, médecin militaire, Secrétaire général à la Santé du 7 septembre 1941 au 17 décembre 1943. Après la Libération, il est nommé secrétaire général de l'Institut Pasteur de 1946 à 1966, élu membre de l'Académie nationale de médecine en 1956, sources Wikipédia

Le premier organise l'enseignement primaire et fixe les conditions d'admission dans les écoles secondaires de gymnastique médicale. Le texte prévoit que les professionnels exerçant depuis plus de dix ans pourront obtenir une équivalence sous réserve de passer un examen devant un jury composé de sept membres. En cas d'échec, le candidat pourra être autorisé par le jury à s'inscrire à une formation complémentaire spéciale dispensée par les écoles agréées. Le second arrêté porte création d'un Comité de Perfectionnement des Écoles de Moniteurs de gymnastique médicale, dont la mission est de donner son avis sur toute question ayant trait à l'organisation et au fonctionnement des écoles. Cet arrêté fixe également la composition et le mode de fonctionnement de ce conseil de perfectionnement majoritairement composé de médecins ! Ce diplôme fera l'objet de violentes critiques de la part des médecins « sportifs » dont les domaines d'exercice et de compétence sont le sport et l'éducation physique « [...] *on veut nous doter de sous-officiers, voire de caporaux masso-kinésithérapeutes alors qu'il existe un corps d'officier de valeur [...]* »²⁴⁹. Dans les faits, le décret du 13 août 1942 et les deux arrêtés du 23 février 1943 ne seront jamais mis en application. Le diplôme d'Etat de gymnastique médicale ne sera jamais délivré.

L'abrogation de tous les actes législatifs et réglementaires promulgués par le régime de Vichy à la Libération va permettre aux différents acteurs, masseurs médicaux, gymnastes médicaux, de reprendre leur combat en vue de l'unification de leurs pratiques, conscients que leurs pratiques sont indissociables et que l'existence de ces deux diplômes était pour le moins malvenue et dangereusement inopportune²⁵⁰.

3. La loi du 30 avril 1946 : création d'une nouvelle profession

Une action syndicale²⁵¹ concertée et constructive va permettre de faire évoluer favorablement la situation d'autant plus que le contexte politique de l'époque va se révéler propice à l'édiction d'une loi en la matière.

²⁴⁹ MONET Jacques, « la kinésithérapie, une spécialité médicale impossible, prolégomènes de Jacques Monet » Le livre vers... de la masso-kinésithérapie, CNOMK, Paris, juin 2011

²⁵⁰ POIRIER Alain, L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes: manuel à l'usage des professionnels, SPEK, Paris, 1996

²⁵¹ MONET Jacques, Prolégomènes « La kinésithérapie, une spécialité médicale impossible ? » CNOMK, juin 2011, Cf. supra

A. Les conditions ayant présidées à l'édiction de la loi

α Une action syndicale concertée et constructive

Alors que le syndicat des infirmiers masseurs²⁵² qui s'est associé à la fédération du personnel des services de santé C.G.T.²⁵³ œuvre pour qu'aboutisse le projet d'un diplôme unique d'infirmier mentionnant diverses spécialisations dont celle de masseur, le syndicat national des masseurs médicaux milite pour la création d'un diplôme de masseur-kinésithérapeute regroupant tous les masseurs sans distinction. Sous l'impulsion de Georges Dreano, professeur d'éducation physique et masseur diplômé, des gymnastes médicaux fondent le Syndicat national des professeurs de gymnastique médicale et vont faire cause commune avec le syndicat national des masseurs médicaux pour proposer, en octobre 1945, aux pouvoirs publics la fusion des deux professions en une seule appelée « kinésithérapeute ». Pour faire bonne mesure, au mois de novembre 1945, les deux syndicats fusionnent pour constituer une unique entité dénommée « Syndicat National des Kinésithérapeutes ».

Il est intéressant de remarquer que dès cette époque, alors que la profession n'est pas encore officiellement créée, déjà un clivage se fait jour entre les infirmiers masseurs majoritairement salariés du secteur public hospitalier et les masseurs médicaux auxquels s'associent les gymnastes médicaux qui exercent essentiellement en secteur libéral ou au sein de structures de soins privées. Cette division persistera et atteindra, comme nous l'étudierons plus loin, son apogée lors de la création du Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes²⁵⁴.

²⁵² Le syndicat des infirmiers masseurs est le premier syndicat professionnel créé pour assurer la défense de la profession. Sa première préoccupation fut d'assurer « l'épuration professionnelle » et sa seconde d'élaborer un projet de « Statut légal ». C'est lui qui fut à l'origine du dépôt de la proposition de loi sur l'exercice de la profession de masseur médical en 1937. Quelques années plus tard, il donnera naissance à la fédération nationale des kinésithérapeutes. Edouard Gisselbrecht, *Législation-Déontologie, Lois Médico-Sociales et Morale Professionnelle*, 2ème édition, édition à compte d'auteur, Rennes, 1959

²⁵³ La fédération du personnel des services de santé C.G.T est née en 1907 (Fédération générale des personnels actifs et retraités des services publics et de santé – CGT) issue du regroupement de divers syndicats du personnel communal, existant depuis la fin du 19e siècle, essentiellement parmi les personnels d'exécution se regroupent vers 1903 dans une fédération des travailleurs municipaux au sein de la CGT. Après la scission du congrès de Tours en 1922, une Fédération des services publics et de la santé affiliée à la CGTU fusionne en 1928 avec la Fédération de l'éclairage. Après la fusion de 1936, une seule Fédération générale CGT réunit les branches des services publics et de la santé. Elle compte quelques 170 000 adhérents en 1938. En 1979 lors du congrès de Bagnolet, naît par éclatement la Fédération de la santé et de l'éducation spécialisée -CGT.

²⁵⁴ En 2006 comme en 1946, l'immense majorité des masseurs-kinésithérapeutes salariés du secteur public mais aussi ceux du secteur privé opéreront un rapprochement avec les grandes centrales syndicales ouvrières pour s'opposer avec force à la nouvelle structure représentative de la profession et surtout à son adhésion obligatoire.

En l'espèce, la majorité des professionnels avaient la volonté de voir aboutir leurs actions visant à la création d'un statut organisant l'unification du massage médical et de la gymnastique médicale. Les gouvernants souhaitaient « *organiser l'ARMEMENT SANITAIRE du pays, afin d'en assurer la valeur et l'efficacité* ». Toutes les conditions sont réunies pour que naisse une nouvelle profession.

β Un contexte politique favorable

En janvier 1946, le projet d'ordonnance d'infirmier spécialisé en kinésithérapie est abandonné. Sollicité par le président du syndicat des Masseurs médicaux, un député, Monsieur Paul GUILBERT²⁵⁵, auteur d'un rapport relatif à une proposition de loi prévoyant deux textes distincts pour réglementer l'exercice des kinésithérapeutes et des pédicures²⁵⁶, présente à l'Assemblée Nationale Constituante, le 13 avril 1946 une proposition de loi réglementant l'exercice des professions de masseur médical et gymnaste médical. N'ayant fait l'objet d'aucune observation, le renvoi en commission est inutile. Le texte sera voté à l'unanimité des députés présents. Il sera promulgué par le Président²⁵⁷ du Gouvernement Provisoire de la République le 30 avril 1946 et publié au Journal Officiel de la République française le lendemain, 1^{er} mai 1946 abrogeant ainsi la loi du 15 janvier 1943 et le décret du 9 février 1944.

²⁵⁵ GUILBERT Paul, 1888-1973, pharmacien d'officine, résistant, député de la Manche (1946-1951), Militant au sein du mouvement social-chrétien et participe au développement de la Confédération Française des Travailleurs Chrétiens puis à celui de la Jeunesse Ouvrière Chrétienne. Membre de la Commission de la famille, de la population et de la santé publique. Au nom de cette commission, il dépose le 4 avril 1946, un rapport sur la proposition de loi qu'il a lui-même déposée avec plusieurs collègues, tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur-gymnaste médical et de pédicure. Au cours de son deuxième mandat, ayant retrouvé sa place au sein de la Commission de la famille, de la population et de la santé publique, il déposera un rapport, au nom de cette commission, sur la proposition dont il est l'auteur avec plusieurs de ses collègues, tendant à instituer un ordre des masseurs-kinésithérapeutes et un ordre des pédicures. En 1951, son ami, l'abbé Pierre, ancien député comme lui, venant de fonder les chiffonniers d'Emmaüs, il devient compagnon d'Emmaüs. Sources : Assemblée Nationale, base de données historiques des anciens députés, <http://www.assemblee-nationale.fr>

²⁵⁶ 1^{ère} assemblée Nationale Constituante, 1945, tables générales des documents et débats parlementaires, Services des Procès-Verbaux et des Archives, (6 Novembre 1945 — 10 Juin 1946), tome II, table nominative, 4 avril 1946, une proposition de loi tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur-gymnaste médical et de pédicure, n° 864 ; 4 avril 1946, un rapport au nom de la Commission de la famille, de la population et de la santé publique sur la proposition de loi de M. Paul Guilbert et plusieurs de ses collègues tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur-gymnaste médical et de pédicure. Le rapporteur souligne que dès 1944 masseurs et gymnastes médicaux ont souhaité que le massage médical et la gymnastique médicale soient pratiqués par les mêmes spécialistes et qu'un seul diplôme se substitue à l'ancien diplôme d'Etat de masseur médical.

²⁵⁷ GOUIN Félix, 1884-1973, avocat, député socialiste des Bouches du Rhône, ministre d'Etat - commissaire général au Plan, Président du Gouvernement provisoire de la République française du 26 janvier au 24 juin 1946.

La volonté du législateur est clairement exprimée dans l'exposé des motifs de la loi. Avec pour objectif « [...] *d'organiser l'ARMEMENT SANITAIRE du pays, afin d'en assurer la valeur et l'efficacité [...]* » cette loi tend à réglementer l'exercice de deux professions d'auxiliaires médicaux : les masseurs gymnastes médicaux et les pédicures. Elle s'insère dans un ensemble réglementaire relatif à l'exercice des professions médicales ou paramédicales ou encore le service social. Après les assistantes et auxiliaires du service social et les infirmiers et infirmières les deux professions susnommées vont être dotées d'une réglementation et d'un statut. Le but poursuivi est de « [...] *réserver l'exercice de ces professions à de véritables professionnels qui collaborent avec le corps médical. Cette réglementation assurerait l'efficacité des traitements, enlèverait toute chance d'erreurs et écarterait les pratiques irrégulières qui, sous le couvert de massage, servent la prostitution clandestine* ». À compter de cette date, ce strict encadrement réglementaire va exclure du massage et de la gymnastique médicale tous ceux qui n'ont pas obtenu le précieux sésame que représente le diplôme d'Etat, dans la mesure où les procédures d'équivalence initialement prévues ne seront que temporaires.

Empruntant beaucoup au modèle du corps médical, l'accès à la profession va être confié aux écoles qui, après avoir obtenu l'agrément des autorités tutélaires, ne doivent accepter que les candidats porteurs d'un certain niveau scolaire et délivrer un enseignement strictement codifié que l'on peut qualifier de professionnel, dont la finalité est de doter les futurs praticiens de savoirs techniques. Cet enseignement sanctionné par un diplôme d'Etat va normaliser les pratiques professionnelles excluant ainsi tous les « empiriques »²⁵⁸.

La loi du 30 avril 1946 est novatrice à double titre. Elle crée et organise deux nouvelles professions : celle de masseur-kinésithérapeute mais également celle de pédicure²⁵⁹, mais surtout elle réalise la fusion du massage et de la gymnastique médicale en les réunissant sous la nouvelle appellation de masseur-kinésithérapeute. Elle va permettre la symbiose d'un groupement professionnel relativement hétérogène comprenant essentiellement les masseurs médicaux et les gymnastes médicaux mais aussi les masseurs aveugles, les masseurs thermaux et les infirmiers-masseurs.

²⁵⁸ Le cursus scolaire ayant été conçu par le corps médical, en fonction de ses besoins, il en a ainsi assuré une certification implicite. Jusqu'à la création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, ce sont donc les écoles de masso-kinésithérapie qui avaient la responsabilité de la certification des masseurs-kinésithérapeutes.

²⁵⁹ Loi n° 46.857 du 30 avril 1946, Titre Ier, articles 1 à 9 : Masseurs-Kinésithérapeutes, Titre II, articles 6 à 10 : Pédicures.

Cette union ne se fera pas sans quelques dissensions. Les gymnastes médicaux, majoritairement issus de l'Éducation nationale, porteurs d'un cursus scolaire plus important vont chercher à maîtriser la formation et cumuler les deux exercices. Les masseurs médicaux et les masseurs aveugles souhaitent garder une formation spécifique. Finalement, les médecins et l'Administration de tutelle profiteront de ces discordes pour conserver et même accroître leur autorité sur ces professionnels.

B. Les dispositions de la loi

α Définition du monopole d'exercice

La loi confère à ces nouveaux praticiens un vaste domaine professionnel, l'article 1^{er} disposant que « *Réserve faite des dérogations prévues à l'article 5, nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire, pratiquer le massage et la gymnastique médicale s'il n'est français et muni du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute institué par l'article 2 de la présente loi. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale* ».

À compter de l'entrée en vigueur de la loi du 30 avril 1946, les titres masseur-kinésithérapeute, de gymnaste médical ou de masseur sont protégés et l'exercice illégal sanctionné. L'article 3 de la loi dispose que « *Seules les personnes munies du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute institué par l'article 2 de la présente loi pourront porter les titres de masseur-kinésithérapeute, de gymnaste médical ou de masseur, accompagnés ou non d'un qualificatif.* » L'article 15 ordonne « *L'exercice illégal de la profession, soit de masseur-kinésithérapeute, soit de pédicure, est puni d'une amende de 1 000 à 5 000 francs ; en cas de récidive, d'une amende de 5 000 à 10 000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement. L'usurpation d'un des titres visés aux articles 3 et 6 de la présente loi sera punie des peines prévues à l'article 259 du Code pénal.*²⁶⁰ ».

En 1958, une modification du Code pénal va créer une amende cinquième classe qui punit différents délits dont celui de l'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute,

²⁶⁰ Ancien Code pénal, article 259, « Toute personne qui aura publiquement porté un costume, un uniforme ou une décoration [*port illégal*] qui ne lui appartenait pas, sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 1.500 F à 40.000 F [*taux résultant de la loi 77-1468 du 30 décembre 1977*]. Sera puni des mêmes peines celui qui, sans remplir les conditions exigées pour le porter, aura fait usage ou se sera réclamé d'un titre attaché à une profession légalement réglementée, d'un diplôme officiel ou d'une qualité dont les conditions d'attribution ont été fixées par l'autorité publique. [...] Dans tous les cas prévus par le présent article, le tribunal pourra ordonner l'insertion intégrale ou par extrait du jugement dans les journaux qu'il désignera. Le tout aux frais du condamné. »

de gymnaste médical ou de masseur. La peine est une amende de 40 000 à 100 000 francs et en cas de récidive de 100 000 à 200 000 francs²⁶¹. Un emprisonnement de dix jours à deux mois pouvant en outre être prononcé. L'usurpation d'un des titres précédemment ci-dessus visés étant punie des mêmes peines²⁶². Quelques modifications seront apportées en 1960²⁶³.

Dans le texte de loi initial, il était précisé à l'article 3 que les titres de masseur-kinésithérapeute, de gymnaste médical ou de masseur pourraient être accompagnés ou non d'un qualificatif. L'article 1^{er} du nouveau texte énonce que « *les qualificatifs et leurs conditions d'attribution sont fixés par arrêté du ministre de la santé publique et de la population* ». La rédaction de l'article 2, précise « *Sont punies des peines prévues au précédent article [...] L'utilisation par tout masseur-kinésithérapeute, gymnaste médical ou masseur de qualificatifs qui ne seraient pas reconnus ou qui ne lui auraient pas été attribués conformément aux dispositions réglementaires en vigueur* ». L'incrimination est beaucoup plus extensive que par le passé dans la mesure où ce ne sont plus uniquement les personnes qui usurpent le titre qui seront sanctionnés mais également les professionnels légalement autorisés à exercer qui utiliseraient un qualificatif non reconnu ou non attribué. On peut remarquer qu'en la matière, le règlement prend le pas sur la loi, ce qui est et sera une constante en matière d'organisation de la profession de masseur-kinésithérapeute.

Le texte précisant que seule la gymnastique médicale est de la compétence du masseur-kinésithérapeute, hormis les tensions vite apaisées avec les professeurs d'éducation physique, va avoir pour conséquence qu'il n'y aura pendant des décennies, pour ainsi dire jamais d'action en exercice illégal diligentées par les masseurs-kinésithérapeutes en la matière.

Il en sera tout autrement en matière de massage. L'article 1^{er} n'apportant aucune précision, c'est le massage sous toutes ses formes qui leur est dévolu, qu'il soit médical, sportif, hygiénique ou esthétique. En l'espèce, les masseurs-kinésithérapeutes ont toujours été, et sont encore aujourd'hui, viscéralement attachés au monopole légal du massage que la loi leur a octroyé et dès 1946 ils ont eu une conception très large de leur domaine d'action en la matière. Pour s'en convaincre, il suffit de lire ce qu'écrivait à l'époque, Édouard Gisselbrecht,

²⁶¹ Compte tenu de l'érosion monétaire due à l'inflation, du passage des « anciens » francs aux « nouveaux » francs en 1960 et celui des francs aux euros en 2002, la valeur d'un euro (1 € = 6,55957 FF) en 2013 équivaut à 57,76 anciens francs. Une amende de 40.000 francs en 1958 correspond à 692,52 euros en 2013 et 100.000 francs à 1731,30 euros. Source : <http://www.insee.fr/fr/themes/calcul-pouvoir-achat>.

²⁶² Décret n°58-1303 du 23 décembre 1958 modifiant diverses dispositions d'ordre pénal en vue d'instituer une cinquième classe de contravention de police, JORF du 21/12/1958

²⁶³ Décret n° 60-665 du 4 juillet 1960 relatif au titre de masseur-kinésithérapeute, JORF du 09/07/2014,

un des pères fondateurs de la profession : « [...] ils ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale, autrement dit : la capacité professionnelle du masseur-kinésithérapeute s'étend aux affections d'ordre médical ou chirurgical pouvant porter préjudice à l'esthétique, telles que l'obésité, maigreur, cellulite, œdèmes, déviations, cicatrices vicieuses, séquelles opératoires et aux affections d'ordre dermatologique, etc. Cette capacité ne s'arrête pas là puisque le masseur-kinésithérapeute peut en dehors des traitements curatifs exercer son art librement, c'est-à-dire, qu'il peut faire du massage hygiénique, sportif ou esthétique [...] »

Au début des années 1950, lorsque le Gouvernement va s'engager dans une démarche de codification à droit constant des textes législatifs, codification qui aboutira à la création du Code de la santé publique, la rédaction de l'article 1^{er} de la loi sera reprise in extenso par l'article L.487 du Code de la Santé publique : « Réserve faite des dérogations prévues à l'article 490, nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale s'il n'est Français et muni du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute institué par l'article 488 du présent titre. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale ».

Nous verrons par la suite que les masseurs-kinésithérapeutes ressentiront comme une profonde injustice et une grave atteinte à ce monopole du massage la nouvelle formulation de cet article par l'article L.4321-1 alinéa 1^{er} du nouveau Code de la santé publique²⁶⁴ : « La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale. » oubliant que la codification à droit constant n'est pas une « reproduction à l'identique » ainsi que les magistrats de la haute cour administrative l'ont rappelé à plusieurs reprises²⁶⁵.

In fine, l'article 1^{er} énonce que « Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale. » On retrouve dans cette disposition l'engagement exprimé, à plusieurs reprises dans le passé, par les représentants professionnels de ne « [...] jamais transgresser ni la lettre, ni l'esprit des lois

²⁶⁴ SAUVE Jean-Marc, Vice-président du Conseil d'Etat, Les évolutions du code de la santé publique, Revue de droit sanitaire et social 2008 p. 409, « Le premier code de la santé, en 1953, comportait 792 articles. Il en comportait, au 1 juillet 2007, 9672 soit une multiplication de son volume par un facteur 12 en un demi-siècle. La croissance volumétrique du code vient de ce qu'il couvre progressivement davantage de domaines, chacun de ces domaines a lui-même reçu un contenu juridique de plus en plus large. »

²⁶⁵ CE, 5 novembre 2001, Société des agrégés des universités, req. n° 224380 ; CE, 11 février 2002, Union de la publicité extérieure, req. n° 227273.

qui régissent l'exercice de la médecine [...] »²⁶⁶ notamment lors de la création du syndicat des masseurs médicaux le 28 février 1927, engagement que l'on retrouve à l'article 3 du projet de Statut légal déposé sur le bureau de la Chambre des députés en janvier 1937 : « [...] Les infirmières et infirmiers de toutes catégories ne peuvent exercer leur profession que sous le contrôle médical et sur ordonnance descriptive, qualitative et quantitative, dans les conditions prescrites par la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine [...] ».

β Une double exigence pour un exercice légal de la profession

a) L'exigence de posséder la nationalité française

L'article 1^{er} impose deux conditions cumulatives pour pouvoir prétendre au titre de masseur-kinésithérapeute : être français et posséder le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. En l'espèce, l'article 1^{er} est on ne peut plus clair « [...] nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire, pratiquer le massage et la gymnastique médicale s'il n'est français et muni du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute [...] ». Cette exigence de la nationalité française n'est pas propre aux masseurs-kinésithérapeutes. Elle ne fait que reprendre ce qui existe déjà pour les autres professions de santé antérieurement créées et organisées, notamment les médecins.

Alors que la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'exercice de la médecine n'imposait en aucune façon l'exigence de la nationalité française pour pouvoir exercer la médecine en France et autorisait cet exercice professionnel à certains praticiens étrangers diplômés à l'étranger²⁶⁷, la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine apportera une première restriction en ordonnant que seuls pourront exercer la médecine en France les titulaires « [...] d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis dans un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État [...] » (article 1^{er}).

²⁶⁶ GISSELBRECHT Edouard, Législation-Déontologie, Lois Médico-Sociales et Morale Professionnelle, édition à compte d'auteur, Paris, 2ème édition, 1959

²⁶⁷ Loi du 19 ventôse an XI, relative à l'exercice de la médecine : « Art. 2. Tous ceux qui obtiendront, à partir du commencement de l'an XII, le droit d'exercer l'art de guérir, porteront le titre de docteurs en médecine ou en chirurgie, lorsqu'ils auront été examinés et reçus dans l'une des six écoles spéciales de médecine, ou celui d'officiers de santé, quand ils seront reçus par les jurys dont il sera parlé aux articles suivants. Art. 3. Les docteurs en médecine et les chirurgiens reçus par les anciennes facultés de médecine ... continueront d'avoir le droit d'exercer l'art de guérir comme par le passé. Il en sera de même pour ceux qui exerçaient dans les départements réunis, en vertu des titres pris dans les universités étrangères, et reconnus légaux dans les pays qui forment actuellement ces départements[...] Art. 4. Le gouvernement pourra, s'il le juge convenable, accorder à un médecin ou à un chirurgien étranger et gradué dans les universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République. »

L'article 5 de ladite loi précisant que « *Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France, qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste, ou de sage-femme [...]* ».

Très actifs pour se protéger de la concurrence étrangère, mettant en avant « *l'intérêt du public* » ou la « *protection de la santé publique* » supposément menacés par la pléthore alléguée des praticiens et notamment de ceux d'origines étrangères, ce qui leur évite d'employer le mot de « *concurrence déloyale* » ou tout simplement de concurrence stricto sensu²⁶⁸, les médecins vont être parmi les premiers à se mobiliser et à obtenir une stricte fermeture de l'accès à l'exercice professionnel à travers une proposition déposée en avril 1930 par un de leur pair, le sénateur Raymond Armbruster²⁶⁹. La loi éponyme du 21 avril 1933, votée dans le contexte détestable de l'antisémitisme gangrenant la société française de l'époque, va imposer deux conditions cumulatives pour pouvoir exercer la médecine en France. À compter de ce jour, il faudra être titulaire du doctorat d'Etat français et posséder la nationalité française²⁷⁰.

Deux ans plus tard, la loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire va appliquer aux médecins ce qui existait déjà pour les avocats à savoir qu'il sera désormais interdit aux médecins d'origine étrangère naturalisés l'exercice de la médecine pendant dix années à compter de la naturalisation²⁷¹. Pendant presque quarante ans, il sera

²⁶⁸ Pour faire campagne, les médecins insistent sur le coût social de l'enseignement médical et sur le nombre d'étudiants étrangers qui est passé de 960 en 1909 à 3 870 en 1930, essentiellement d'origine roumaine, russe et polonaise. En réalité, ces étudiants retournent le plus souvent, une fois leur cursus achevé, dans leur pays. Pour preuve, le nombre de médecins est passé de 15 900 en 1901 à 26 200 en 1930, dont seulement 750 médecins étrangers. Source : Rapport « Immigration, emploi et chômage » les dossiers du CERC-association n° 3, 1999

²⁶⁹ AMBRUSTER Raymond, 1879 - 1953, médecin militaire puis chirurgien, sénateur de l'Aube de 1927 à 1945, très investi dans la défense des professions médicales au Parlement, il fait adopter, en mai 1933, la loi qui porte son nom régissant les conditions d'exercice de la médecine. Le 10 juillet 1940, il votera en faveur de la remise des pleins pouvoirs au Maréchal Pétain.

²⁷⁰ Les ressortissants d'un pays placé sous le protectorat de la France devront être titulaires d'un doctorat acquis en France. Toute mesure dérogatoire visant à autoriser l'exercice professionnel à un médecin étranger est supprimée.

²⁷¹ Immigration, Emploi et Chômage : Un état des lieux empirique et théorique, Connaissance de l'Emploi des Revenus et des Coûts – Association, les dossiers de cerc-association n° 3, 1999 « *La loi prévoyait « quatre piliers d'incorporation des étrangers à la profession médicale française » : il fallait avoir accompli son service militaire ; en cas de réforme du service, il fallait attendre durant une période égale à celle du service ; en cas d'exemption du service en raison de l'âge, le stage d'attente était double ; enfin, les naturalisés se voyaient imposer un délai de cinq ans pour postuler à un emploi médical dans la Fonction publique. De nombreux médecins réfugiés en France ont dû abandonner leur métier. Et comme ce n'était encore pas suffisant pour les médecins français, une circulaire du 30 novembre 1935 vint prescrire la consultation des syndicats médicaux avant tout décret de naturalisation concernant un docteur en médecine.* »

impossible pour les médecins diplômés hors de l'Hexagone de faire reconnaître leur diplôme de médecine par l'État français.

On retrouvera cette exigence de la nationalité française à l'article 1^{er} de la loi du 15 janvier 1943 relative à l'exercice de la profession de masseur médical « *Nul ne peut porter en France le titre de masseur médical ou celui de masseur diplômé s'il n'est de nationalité française* ». On peut tenter d'expliquer mais en aucun cas excuser le durcissement des conditions d'exercice des médecins étrangers en France à l'aube du second conflit mondial par la crise économique qui frappe de plein fouet toutes les couches de la société. Pour s'en convaincre, il suffit de lire ces quelques lignes publiées en 1934 dans la revue Le Valentin Haüy : « [...] *La crise que nous traversons frappe, hélas ! Les masseurs voyants. Dans les tristes jours que nous vivons, on peut être tenté de se demander si on fait véritablement œuvre utile en aiguillant des jeunes gens vers une carrière où ils auront tant de peine à se constituer une clientèle. À cette question, si on n'envisageait que l'avenir immédiat, il faudrait peut-être répondre non [...]* »²⁷². L'autre facteur à ne pas occulter est la venue sur notre territoire de nombreux représentants des populations contraintes de fuir les exactions du régime soviétique ou les persécutions nazies. Mais, il ne faut pas masquer le fait que le fondement du rejet de l'étranger est à rechercher dans l'esprit corporatiste de la profession médicale et la xénophobie largement répandue dans la société française qui prévalent à l'époque²⁷³.

Il faudra attendre la promulgation de la loi du 31 décembre 1976 transposant la directive 75-362/CEE du 16 juin 1975²⁷⁴ pour que des médecins étrangers, titulaires de diplômes obtenus hors de France puissent librement s'installer en France²⁷⁵. Par la suite, l'accord créant l'Espace économique européen²⁷⁶ signé le 2 mai 1992, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1994 élargira cette

²⁷² Le Valentin Haüy, 29e année, juillet 1911, n° 7, p. 54. cité par

²⁷³ Y-a-t-il eu beaucoup de changement la matière ? Nous posons la question. Nous n'y répondrons pas dans le cadre de ce travail.

²⁷⁴ Directive Européenne n°75-362 du 16 juin 1975 NO 75362 visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services. transposée en droit interne par la loi n°76-1288 du 31 décembre 1976 modifiant certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice des professions médicales, JORF du 1 janvier 1977 page 25.

²⁷⁵ Loi n°76-1288 du 31 décembre 1976 modifiant certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice des professions médicales. JORF du 1 janvier 1977.

²⁷⁶ Accord créant l'Espace Economique Européen, signé le 2 mai 1992 pour entrer en vigueur le 1er janvier 1994. Liant la Communauté (alors composée de 12 membres) et 6 des 7 États membres de l'AELE, la Suisse n'ayant pas ratifié l'accord. L'Autriche, la Finlande et la Suède, ayant rejoints l'Union européenne le 1er janvier 1995, début 1995, l'EEE ne concerne plus que l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège. Les nouveaux États membres ayant intégré l'Union européenne depuis la création de l'EEE ont par le fait même accédé à l'EEE. Ce

possibilité ainsi que les différents accords bilatéraux signés entre la France et certains Etats, que ce soit des conventions d'établissement ou des accords de réciprocité²⁷⁷.

Ceci étant, en ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes, il est indéniable que cette politique de verrouillage d'accès et de repliement du corps professionnel sur lui-même est liée à un phénomène de mimétisme. Nous avons précédemment évoqué les déclarations publiques des représentants professionnels assurant les médecins de leur strict respect des dispositions de la loi de 1892 en matière d'exercice illégal et, ce faisant, souhaitant éradiquer tous les illégaux. Cela s'est traduit par la rédaction d'un projet de statut professionnel calqué sur celui des différentes professions médicales antérieurement organisées. Il faut aussi considérer que les membres de cette nouvelle profession partagent les mêmes inquiétudes que les médecins en matière de concurrence et de démographie professionnelle. À la fin de la deuxième guerre mondiale, la pérennisation de l'activité d'un masseur kinésithérapeute créant son cabinet est loin d'être assurée. L'emprise des rebouteux et autres empiriques, régulièrement dénoncée par la médecine officielle mais jamais éradiquée est très importante dans une France majoritairement rurale. La protection sociale est inexistante ce qui, en la matière, restreint la clientèle solvable à la portion congrue. L'immense majorité des créations de cabinets libéraux se situe dans les grandes villes et notamment à Paris.

C'est dans la capitale que sont regroupées les premières écoles de masseurs ou d'infirmiers masseurs et que le plus grand nombre d'écoles présenteront une demande d'agrément entre 1946 et 1952. Dans sa thèse, Christophe Gaubert avance l'hypothèse que le microcosme du massage médical, est à l'époque essentiellement concentré sur Paris et qu'il n'y ait que dans la capitale que le débat sur l'emploi des masseurs soit aussi animé²⁷⁸.

La possession de la nationalité française est vraisemblablement liée à la volonté des dirigeants professionnels et politiques de l'époque de contrôler le nombre de professionnels appelés à exercer. L'article 2 de la loi disposant que « *[le] diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute sera délivré après des études préparatoires et des épreuves dont la durée et le programme seront fixés par décret du Ministère de la Santé publique* », un nombre sans cesse croissant de jeunes diplômés va venir grossir les rangs des professionnels autorisés à exercer par

dernier regroupe donc actuellement les 27 pays membres de l'UE ainsi que 3 pays de l'AELE. Sources : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/espace-eco-europeen.htm>

²⁷⁷ <http://www.conseil-national.medecin.fr/>

²⁷⁸ GAUBERT Christophe, Le sens des limites, Structuration du corps des masseurs-kinésithérapeutes, définition sociale de leur compétence et imposition scolaire de la domination médicale, Ecole des Hautes Etudes en sciences Sociales, Thèse, 2006

équivalence comme le prévoit le deuxième alinéa de l'article 2 « [...] *Ce diplôme sera délivré par équivalence aux titulaires du brevet de capacité d'infirmier masseur ou d'infirmière masseuse aveugle établi en application du décret du 27 juin 1922 ou de celui de masseur médical institué par le décret du 9 février 1944, aux masseurs définitivement autorisés à exercer la massothérapie conformément à l'article 8 de la loi du 15 janvier 1943 ainsi qu'aux gymnastes médicaux munis d'un diplôme d'Etat d'éducation physique et justifiant de huit années d'exercice* ». L'instauration d'une fermeture du marché du travail interdisant toute concurrence étrangère, entraînait ipso facto la protection des professionnels diplômés. Car, si l'efficacité des techniques rééducatives associées au massage a fait ses preuves dans les services hospitaliers, il en est autrement en secteur privé. L'image des masseurs-kinésithérapeutes est et restera pendant longtemps attachée à celle du masseur doté d'un cursus d'études relativement sommaire. Ce professionnel va devoir faire face à la concurrence d'un certain nombre de médecins étrangers qui, ayant dû fuir la bolchevisation de la société russe au début des années 1920 ou l'instauration du régime nazi en Allemagne dès 1933, ont trouvé refuge en France mais qui s'étant vus interdire l'exercice de la médecine se sont reconvertis en masseurs.

Ces professionnels étrangers, bénéficient d'un savoir thérapeutique sans commune mesure avec celui des masseurs médicaux. Certains, auront d'ailleurs une influence prépondérante sur l'évolution des techniques de rééducation, notamment en termes d'approche du patient. On peut citer l'exemple du docteur Boris Dolto considéré par beaucoup comme le père de la masso-kinésithérapie moderne. Remarqué par le docteur Kopp pour ses qualités de pédagogue hors pair, il devient directeur de l'EFOM²⁷⁹ en 1931 et le restera jusqu'en 1978. À une époque où le corps médical n'entend nullement octroyer la moindre parcelle de pouvoir aux masseuses et masseurs, Boris Dolto va à travers son enseignement associer démarche scientifique et esprit critique dans le respect et la non-discrimination de l'autre tout en privilégiant le souci du malade et de la restauration de son autonomie.

²⁷⁹ DOLTO Boris, né en Crimée en 1899, mort à Antibes en 1981, il est considéré par beaucoup comme le père de la masso-kinésithérapie moderne. Son parcours professionnel fut étonnant à plus d'un titre. Russe de par sa naissance il est étudiant dans une école d'ingénieur lorsqu'il s'engage dans la marine impériale russe au moment de la révolution bolchévique. Il va profiter de sa désorganisation pour désertre et de se réfugier en Afrique du nord où il pratiquera moult métiers manuels. Arriver clandestinement en France, il va débiter des études de médecine tout en suivant des cours de massage dans l'école du docteur Kopp. Naturalisé français en 1929, la législation défavorable aux étrangers va le contraindre à suspendre ses études médicales pendant deux ans pour passer le baccalauréat et les nombreux certificats requis.

Cette démarche intellectuelle et professionnelle associée à ses qualités pédagogiques hors normes fera de lui un des pionniers de la rééducation²⁸⁰.

On peut encore évoquer le cas de Lydia Ehrenfried²⁸¹, médecin allemand d'origine juive arrivée en France en 1933, qui se voyant interdire l'exercice de la médecine en raison de ses origines va s'orienter vers le massage médical. À la fin de la guerre, ayant pris contact avec le docteur Boris Dolto, ce dernier lui délivre un certificat de masseuse médicale qui lui permet d'obtenir l'équivalence du diplôme de masseur-kinésithérapeute en 1946²⁸². Elle exercera jusqu'au début des années 1970.

Précurseur de la thérapie manuelle, Lydia Ehrenfried est à l'origine du développement du concept holistique²⁸³ en matière de gymnastique médicale. Elle formera de nombreux praticiens dont la plus célèbre fut Thérèse Bertherat, auteur en 1976 d'un ouvrage « *Le corps a ses raisons* » dont le succès retentissant lui assurera une très grande notoriété. Cette forme de gymnastique est totalement à contre-courant de ce qui s'enseignait et se pratiquait à l'époque. Rejetant toute forme de gymnastique analytique, Lydia Ehrenfried et Thérèse Bertherat privilégient la pédagogie corporelle associant éducation du corps et éducation de l'esprit, permettant aux adeptes de cette méthode de mieux connaître leur corps. Thérèse Bertherat pour marquer sa différence intitulera sa méthode « *anti-gymnastique®* ». A ce jour, l'aura dont bénéficie cette forme de thérapie corporelle est intacte. Elle est toujours pratiquée dans de nombreux pays.

À la fin des années 1970, les exigences du droit communautaire en matière de libre circulation des personnes et des services vont commencer à faire évoluer la situation en la matière. L'obligation d'être de nationalité française et âgée d'au moins trente ans pour prétendre diriger une école de masso-kinésithérapie est supprimée en 1977²⁸⁴. L'exigence de posséder la

²⁸⁰ Source : <http://www.efom.fr/fondation/boris-dolto>

²⁸¹ EHRENFRIED Lydia, 1896-0994), médecin allemande d'origine juive, elle fut obligée de fuir le régime nazi en 1933. Initialement infirmière, elle suivra de nombreuses formations professionnelles (pédiatrie, orthopédie, kinésithérapie). Précurseur de la méthode holistique, elle est l'auteur d'un remarquable ouvrage de rééducation « *De l'éducation du corps à l'équilibre de l'esprit* », Paris, Aubier, 1956

²⁸² BOUTAN-LAROZE Christiane, Cahiers de l'association des élèves du docteur Ehrenfried (AEDE) et des praticiens de la gymnastique holistique, n°1 à 15 (1986-2009), St. Maur. ISSN 0987

²⁸³ Holistique : adjectif, milieu du XXème siècle, emprunté à l'anglais holistic, de même origine. Dérivé de holisme, nom masculin, emprunté (attesté en 1939) à l'anglais holism, terme forgé en 19226 par le biologiste sud-africain J.C. Smuts, à partir du grec holos « tout entier, complet » correspondant au sanskrit sarva-, au latin salvus « intact », Dictionnaire historique de la langue française, Le Robert, avril 2012

²⁸⁴ Arrêté du 25 novembre 1977 modifiant l'arrêté du 20 mai 1968 relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute (abrogation de l'article 2 dernier alinéa), JORF du 4 décembre 1977, numéro complémentaire, p.8060

nationalité française pour obtenir le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute est toujours de mise mais désormais ce diplôme pourra aussi être délivré « [...] aux personnes [...] bénéficiaires d'un accord international conclu à cet effet par la France [...] ». Peu de temps plus tard, à la liste des personnes qui pourront être admis à effectuer les études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute viendront se joindre « [...] les titulaires d'un diplôme étranger de masseur-kinésithérapeute figurant sur une liste établie par le ministère chargé de la santé après avis du Conseil supérieur des professions paramédicales [...] »²⁸⁵. Cette exigence de la nationalité française disparaîtra totalement en 1985, la loi du 25 juillet ayant abrogé cette disposition²⁸⁶. À compter de cette date, l'article L.487 du Code de la santé publique étant ainsi rédigé : « Réserve faite des dérogations prévues à l'article L.491, nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale, s'il n'est muni du diplôme de masseur-kinésithérapeute institué par l'article L.488 du présent titre [...] », il sera permis aux ressortissants étrangers titulaires du diplôme d'Etat de pouvoir exercer librement sur le territoire national à la condition... d'être titulaire du diplôme d'Etat français de masseur-kinésithérapeute !

b) L'exigence de posséder le diplôme d'État ou une équivalence

La seconde condition exigée est d'être titulaire du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. Les conditions d'obtention de ce diplôme d'Etat sont fixées par l'article 2 de la loi. Deux possibilités sont prévues. Avoir obtenu ce niveau diplôme après un cursus scolaire de deux années ou bien obtenir une équivalence en vertu des titres précédemment obtenus.

Le principe qui prévaut est qu'il « [...] sera délivré après des études préparatoires et des épreuves dont la durée et le programme seront fixés par décret du Ministère de la Santé publique [...] ».

La présence d'un nombre important de masseurs aveugles, l'antériorité et le rôle majeur que ce groupe professionnel a joué dans la genèse de la profession de masseur médical ont incité le législateur à prévoir que « [...] des modalités particulières seront prévues pour permettre aux candidats aveugles de s'y préparer et de s'y présenter dans des conditions équivalentes à

²⁸⁵ Décret n°79-1020 du 27 novembre 1979 relatif aux études préparatoires et épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 1er décembre 1979, p. 2991

²⁸⁶ Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, Titre Ier, Chapitre II « mesures relatives à la protection de la santé », article 9, JORF n°0172 du 26 juillet 1985 (article L.487 et s.)

celles des voyants [...] ». In fine, le texte prévoit que le diplôme d'Etat pourra être délivré par équivalence aux titulaires du brevet de capacité d'infirmier masseur ou d'infirmière masseuse aveugle²⁸⁷, de masseur médical²⁸⁸, aux masseurs définitivement autorisés à exercer la massothérapie²⁸⁹. Il en sera de même pour les gymnastes médicaux munis d'un diplôme d'Etat d'éducation physique mais ces derniers devront justifier de huit années d'exercice.

Ce système d'équivalence, qui s'apparente à l'actuel processus de validation des acquis de l'expérience, n'est pas une nouveauté. Déjà, en 1943, l'article 1^{er} de la loi relative à l'exercice de la profession de masseur médical disposait que « *Nul ne peut porter en France le titre de masseur médical ou celui de masseur diplômé [...] s'il n'est muni d'un des brevets de capacité professionnelle institués par le décret ministériel du 27 juin 1922* ». L'article 8 permettait aux masseurs qui ne remplissaient pas ces conditions mais qui pouvaient prouver cinq ans d'exercice professionnel de continuer leur pratique sous réserve de déposer une demande d'autorisation à la Préfecture dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la loi²⁹⁰.

L'élément déterminant du dossier, justifiant de la compétence du professionnel et permettant l'obtention d'une autorisation à titre définitive était constitué par les attestations des médecins et/ ou des services hospitaliers avec qui le demandeur travaillait. Si les preuves de la compétence professionnelle du demandeur étaient jugées insuffisantes, il pouvait être autorisé à poursuivre provisoirement son exercice professionnel sous réserve de se présenter dans un délai de deux ans à un examen d'aptitude.

Un autre exemple d'équivalence est la possibilité offerte, par l'article 14 du décret du 9 février 1944 relatif à la délivrance du brevet de masseur médical, aux « *masseurs titulaires d'un diplôme, brevet ou certificat, délivré librement par une école de massage* » pratiquant régulièrement la massothérapie depuis au moins un an à la date du 15 janvier 1943. Ces derniers devront se présenter à une session spéciale d'examen en vue de l'obtention du brevet de masseur médical. Le décret prévoyait également une autre disposition dérogatoire

²⁸⁷ Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles, JORF du 1er juillet 1922

²⁸⁸ Décret du 9 février 1944 délivrance du brevet de capacité professionnelle de masseur médical, JORF du 22 février 1944

²⁸⁹ Loi n° 2 du 15 janvier 1943 portant création de la profession de masseur médical, article 8, JORF n° 36, 11 février 1943

²⁹⁰ L'autorisation était délivrée après une enquête, portant sur la compétence professionnelle et l'honorabilité du candidat. Le médecin inspecteur de la santé ayant diligenté cette enquête transmettait le rapport final ainsi que la demande d'autorisation au directeur régional de la santé et de l'Assistance.

qui concernait non pas la délivrance d'une autorisation d'exercer ou l'acquisition d'un diplôme mais les conditions d'inscription dans les écoles agréées. Un examen d'entrée était obligatoire pour les candidats désireux de s'inscrire en première année d'étude. L'article 7 en dispensait « [...] *les candidats et candidates titulaires du baccalauréat, du brevet supérieur ou d'un diplôme de fin d'études secondaires* ».

Il est intéressant de remarquer que la loi du 30 avril 1946 offre aux titulaires d'un des diplômes délivrés par le ministère de la santé et donc sous l'égide du corps médical une reconnaissance sans condition lorsqu'ils en font la demande. Par contre, pour les gymnastes médicaux, titulaires d'un diplôme d'Etat délivré par le ministère de l'Éducation, l'équivalence ne sera délivrée qu'à la condition d'un exercice professionnel de huit ans à compter du 1^{er} mai 1938 prouvé par la fourniture d'attestations médicales. Cette exigence est beaucoup plus rigoureuse que celle prévue en 1943 qui était de cinq ans²⁹¹. À travers cette disposition, s'exprime le rapport de force entre les différents promoteurs de la masso-kinésithérapie souhaitant une légitimation de la qualification professionnelle par le biais d'un diplôme.

Depuis plusieurs années une lutte opposait le ministère de la Santé à celui de l'Éducation qui tentait de faire officiellement reconnaître le droit d'exercer la rééducation et la gymnastique médicale pour les professeurs d'éducation physique. Indéniablement, à travers ce processus d'équivalence, on s'aperçoit de la prééminence des médecins et de la définition médicale de la compétence en la matière. Cette domination médicale sur le groupe professionnel des masseurs-kinésithérapeutes, initiée dès la fin du 19^e siècle²⁹² va se poursuivre et perdurera jusqu'à ce jour avec des conséquences que l'on peut qualifier de délétères pour l'évolution et l'avenir de la profession de masseur-kinésithérapeute.

Cette disposition va également avoir pour conséquence de consacrer le divorce entre les infirmières et infirmiers diplômés d'Etat et les masseurs-kinésithérapeutes.

δ. L'officialisation du divorce avec le corps infirmier

La loi du 15 janvier 1943 relative à l'exercice de la profession de masseur médical leur permettait d'exercer le massage avec leur diplôme sans avoir à demander d'autorisation en vertu de l'article 1^{er} qui disposait que « *Nul ne peut porter le titre de masseur médical ou de masseur diplômé s'il n'est [...] muni d'un des brevets de capacité professionnelle institués*

²⁹¹ Loi n° 2 relative à l'exercice de la profession de masseur médical, JORF du 11 février 1943.

²⁹² cf. MONET Jacques, voir supra

*par le décret ministériel du 27 juin 1922*²⁹³ ». Rappelons-nous que le « etc. » placé in fine avait permis d'établir la première reconnaissance officielle massage médical en le confiant aux infirmiers et infirmières ce qui par la suite permis la création du diplôme d'infirmier-masseur. La loi du 30 avril 1946 en n'incluant pas les infirmiers et les infirmières dans les mesures permettant d'obtenir l'équivalence du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, toutes les demandes d'autorisation faites par les infirmiers et les infirmières furent rejetées, mêmes celles présentées en application de l'article 8 de la loi du 15 janvier 1943 par des infirmiers et des infirmières diplômés d'Etat pratiquant le massage médical depuis au moins 5 ans à la date du 15 janvier 1943 accompagnées par les attestations médicales nécessaires.

Conscient de l'hétérogénéité de la formation des professionnels exerçant en 1946, le législateur, prenant en compte la situation des « *personnes qui exerçaient la profession de masseur-kinésithérapeute sans remplir les conditions fixées* » va mettre en place un dispositif d'autorisation d'exercice pour les personnes qui exerçaient le massage médical ou la gymnastique médicale depuis trois années au 1^{er} mars 1946²⁹⁴. C'est ce texte réglementaire qui permettra aux infirmières et infirmiers masseurs, exclus du processus d'équivalence par la loi du 30 avril 1946 qui leur avait interdit de présenter une demande en ce sens, de pouvoir obtenir une autorisation d'exercice en prenant en compte la situation « [...] *des masseurs médicaux pour lesquels la procédure commencée en vertu des dispositions de l'acte dit Loi du 1^{er} janvier 1943 n'est pas encore terminée...* ». Ce sera à la commission restreinte du Conseil supérieur de la kinésithérapie de prendre une décision définitive après examen du dossier que chaque candidat aura déposé. Le dit dossier devant être strictement conforme aux conditions posées par l'article 5 de la loi du 30 avril 1946.

Les professionnels désirant obtenir cette autorisation d'exercice doivent présenter un dossier qui leur permette de justifier d'au moins trois années d'exercice professionnel, dûment attestées par la production de différents documents (au moins cinq certificats de médecins attestant leur avoir adressé des patients pour des séances de massage médical ou de

²⁹³ Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles, Article 1er « Il est institué des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'État français qui «seront délivrés par le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales aux infirmières hospitalières, aux visiteuses d'hygiène sociale ou aux diverses infirmières à spécialité restreinte : puériculture, surveillance sanitaire des écoles, hygiène mentale, etc., »

²⁹⁴ Arrêté du 30 avril 1947 fixant les conditions d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 6 mai 1947

gymnastique médicale, attestation de paiement de la patente²⁹⁵) ainsi que d'une parfaite honorabilité (attestation de bonnes mœurs délivrée par le commissariat de police).

C'est une commission restreinte du Conseil supérieur de la kinésithérapie qui examinera les dossiers et qui statuera en dernier ressort. Selon les preuves d'exercice professionnel apportées, l'autorisation délivrée à titre définitif était différente ainsi que le titre autorisé. Trois catégories « Masseur », « Gymnaste médical » et « Masseur-gymnaste médical » émergèrent ainsi dans le microcosme de la kinésithérapie.

Autorisés ne voulant pas dire diplômés les impétrants n'eurent pas le droit de porter le titre de « masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat » sous peine d'enfreindre les dispositions de l'article 15 de la loi du 30 avril 1946 relatif à l'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute ainsi que celles des articles 3 et 6 de la même loi régissant l'usurpation de titre²⁹⁶.

À compter de ce jour et pour plusieurs années, la légitimité professionnelle du masseur-kinésithérapeute sera assurée pour une part par la reconnaissance des diplômes antérieurs et de l'expérience professionnelle et d'autre part par la certification scolaire de la formation des nouveaux masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'Etat²⁹⁷ qui devront suivre, pour obtenir le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, un cursus scolaire dont la durée et le programme seront fixés par décret du Ministère de la Santé publique²⁹⁸.

²⁹⁵ P atente : impôt créé par le décret d'Allarde des 2 et 17 mars 1791 dont la finalité était de taxer un revenu présumé en fonction de l'outil de travail. Initialement, seuls les loyers industriels étaient concernés. La réforme de 1844 va profondément modifier son assiette de calcul en divisant l'impôt en un droit fixe calculé en fonction de la taille de la commune d'exercice et un droit proportionnel fixé en fonction de la valeur locative par un pourcentage dépendant de la profession. Cet impôt direct que payaient les commerçants, artisans et professions libérales sera remplacé en 1976 par la taxe professionnelle (loi n° 75-678 du 29 juillet 1975 supprimant la patente et instituant une taxe professionnelle). Sources wikipedia.org

²⁹⁶ Loi 46-857 du 30 avril 1946, article 15 « L'exercice illégal de la profession, soit de masseur-kinésithérapeute, soit de pédicure, est puni d'une amende de 1 000 à 5 000 francs ; en cas de récidive, d'une amende de 5 000 à 10 000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement. L'usurpation d'un des titres visés aux articles 3 et 6 de la présente loi sera punie des peines prévues à l'article 259 du Code pénal. » ; article 3 « Seules les personnes munies du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute institué par l'article 2 de la présente loi pourront porter les titres de masseur-kinésithérapeute, de gymnaste médical ou de masseur, accompagnés ou non d'un qualificatif. » ; article 6 « Nul ne peut exercer la profession de pédicure et porter le titre de pédicure, accompagné ou non d'un qualificatif, s'il n'est français et muni du diplôme d'Etat institué par l'article 8 de la présente loi. »

²⁹⁷ GAUBERT Christophe, cf. supra

²⁹⁸ Décret n°46-2862 du 27 novembre 1946 Approbation du programme des études préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 08 décembre 1946, p. 10445

Un arrêté du mois de janvier 1951 mettra fin au processus d'équivalence à l'exception des demandes présentées postérieurement par les titulaires du diplôme d'infirmier-masseur obtenu avant 1943, du Brevet de masseur médical (1943-1945) et du diplôme d'Etat d'infirmière exerçant le massage avant 1938

Dans les faits, il semblerait que les dernières équivalences aient été accordées jusqu'au début des années 1960²⁹⁹. Aucune statistique officielle de cette époque n'existant, il est très difficile, voire impossible d'en dire plus à ce sujet. La loi 57-764 du 10 juillet 1957 entraînera la forclusion du processus pour les gymnastes médicaux titulaires d'un diplôme d'Etat d'éducation physique³⁰⁰.

Dès la fin de l'année 1946, les règles relatives aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat, vont se mettre progressivement en place.

CHAPITRE II - PROFESSION DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE : ORGANISATION

Paragraphe 1 Les règles relatives aux études et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

Il faudra attendre la rentrée scolaire de l'année 1948 pour qu'entrent en vigueur les nouvelles règles relatives au diplôme d'Etat, car depuis la promulgation de la loi du 30 avril 1946, le programme des études est celui de 1943 à destination des masseurs médicaux³⁰¹. À titre anecdotique, il faut signaler qu'en 1946, une session d'examen fut organisée pour les candidats ayant des titres de guerre ou de résistance³⁰². Celles régissant les études et les épreuves du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute vont être fixées par un décret 7 juillet 1947³⁰³ du ministre de la santé publique, pris après avis du Conseil supérieur de la kinésithérapie³⁰⁴ créé par l'article 4 de la loi du 30 avril 1946³⁰⁵, qui va jouer un rôle important

²⁹⁹ REMONDIERE Rémi, Le geste et la plume : histoire d'une professionnalisation en devenir : les masseurs-kinésithérapeutes dans la France d'hier et d'aujourd'hui (1790 – 1990), Thèse de doctorat d'histoire, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1990

³⁰⁰ BLANCHARD Marcel, Documentation sur l'exercice de la kinésithérapie, Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs, Paris, 1964

³⁰¹ Décret n°46-2862 du 27 novembre 1946 portant approbation du programme des études préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 08/12/1946

³⁰² Arrêté du 13 décembre 1946, JORF du 20 décembre 1946

³⁰³ Décret n° 47-1279 du 7 juillet 1947 relatif à la réglementation de la profession de masseur-gymnaste médical, JORF du 09/07/1947

³⁰⁴ Conseil supérieur de la kinésithérapie : CSK

dans l'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute, notamment en matière des écoles de masso-kinésithérapie.

1. Le conseil supérieur de la Kinésithérapie

Le texte dispose que le CSK siégera au sein du Ministère de la santé et qu'il sera composé d'un nombre égal de représentants de l'administration, de médecins spécialisés dans le massage ou dans la gymnastique médicale et de masseurs-kinésithérapeutes. Ses membres sont nommés pour trois ans par arrêté du Ministre de la Santé publique. Il a pour mission principale de donner son avis sur toutes les questions intéressant la formation de masseur-kinésithérapeute. C'est assurément dans le domaine de la réforme de l'enseignement professionnel que le CSK va avoir une action déterminante en ce qui concerne l'absence d'évolution des études préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute et la stagnation des conditions d'exercice professionnel. En la matière son attitude est essentiellement liée à sa composition et à la prépondérance du corps médical.

Quid de la parité ? Dans les faits, elle ne sera qu'un vœu pieux ! Comme le souligne Jacques Monet, si l'on étudie sa composition initiale, sur les vingt-sept membres, quatorze sont docteurs en médecine car une majorité des représentants de l'administration sont eux-mêmes médecins³⁰⁶. En 1950, comme nous le montre le tableau³⁰⁷ ci-dessous, l'écart se creuse encore un peu plus puisque sur 37 membres, seuls 15 sont masseurs-kinésithérapeutes.

³⁰⁵ Loi n° 46-857 du 30 avril 1946, Article 4 « Il est créé au Ministère de la Santé publique un Conseil supérieur de la kinésithérapie composé en nombre égal de représentants de l'administration, de médecins spécialisés dans le massage ou dans la gymnastique médicale et de masseurs-kinésithérapeutes. Ce conseil est chargé de donner son avis sur toutes les questions intéressant la formation de masseur-kinésithérapeute. Les membres sont nommés pour trois ans par arrêté du Ministre de la Santé publique. »

³⁰⁶ MONET Jacques La kinésithérapie, une spécialité médicale impossible, Le livre vers ... de la masso-kinésithérapie, CNOMK, juin 2011, Paris

³⁰⁷ GAUBERT Christophe, Le sens des limites, Structuration du corps des masseurs-kinésithérapeutes, définition sociale de leur compétence et imposition scolaire de la domination médicale, Ecole des Hautes Etudes en sciences Sociales, Thèse, 2006, Composition du Conseil supérieur de la kinésithérapie en 1950, tableau 6.5,

Nom	Sexe	Au titre de :	Med/MK/A	Représentant en qualité de		Ville
LABOIS	M	Administration	Sous-Directeur	Sous-directeur Hygiène Publique et Hôpitaux	Ministère de la Santé	Paris
ROUVEURE	M	Administration	Chef du 1er bureau	bureau des Profess. Méd et Paraméd. de la dir. de l'Hygiène Publique	Ministère de la Santé	Paris
GAUSSEN	M	Administration	Chef de service	Direction Départementale de la Santé de la Seine	Dir. Départementale de la Santé de la Seine	Paris
LECLAINCHE	M	Administration	Inspecteur Général	Inspecteur Général de la Santé et de la Population	Ministère de la Santé	Paris
X		Administration	Chef du 4e bureau	Bureau de Protection Sociale des Aveugles de la s/ dir. de l'Entraide	Ministère de la Santé	Paris
Y		Administration	direction gen.	Dir. gén. de l'Education Physique et des Sports au M. Educ. Nationale	Ministère de l'Education Nationale	Paris
COSTE	M	Administration	Prof Med	Professeur de Rhumatologie à la Faculté de Médecine de Paris	Faculté de Médecine de Paris	Paris
DELORE	M	Administration	Prof Med	Professeur Faculté de Médecine de Lyon	Faculté de Médecine de Lyon	Lyon
PREAUT	M	Administration	Dr Med	Médecin chef de l'Asile National de Convalescents	Asile Nat de Convalescents à St-Maurice	St Maurice
RICHARD	M	Administration	Dr Med	Médecin à l'Institut d'Education Physique de Paris	Institut d'Education Physique de Paris	Paris
BALLAND	M	Médecin spécialisé*	Dr Med	Docteur en Médecine	Paris	Paris
DENIKER	M	Médecin spécialisé*	Dr Med	Chirurgien Honoraire des Hôpitaux de Paris	Hôpitaux de Paris	Paris
DOLTO	M	Médecin spécialisé*	Dr Med	dir. technique EFOM	EFOM	Paris
DUHAMEL	M	Médecin spécialisé*	Dr Med	Chirurgien-Assistant	Hôpital des Enfants-Malades	Paris
FEVRE	M	Médecin spécialisé*	Prof Med	Professeur de Médecine	Faculté de Médecine de Paris	Paris
FORESTIER	M	Médecin spécialisé*	Dr Med	Médecin de l'Hôpital Thermal Reine Hortense à Aix-les-Bains	Hôpital Thermal Reine Hortense Aix-les-Bains	Aix les Bains
INGELRANS	M	Médecin spécialisé*	Prof Med	Directeur Ecole de Massage Médical et de Kinésithérapie	Ecole de Mas. Med et de K. du Nord de la France	Lille
LE COEUR	M	Médecin spécialisé*	Dr Med	Attaché d'Orthopédie	Hôpital Trousseau	Paris
LEGRAND-LAMBLING	F	Médecin spécialisé*	Dr Med	Médecin Assistant	Hôpital Trousseau	Paris
MATTEI	M	Médecin spécialisé*	Dr Med	Médecin à Sainte-Anne	Hôpital Sainte-Anne	Paris
NORDIN	M	Médecin spécialisé*	Dr Med	Médecin	Paris	Paris
TRIBOULET-CHASSEVENT	F	Médecin spécialisé*	Dr Med	Attachée de Gymnastique à l'Hôpital Saint-Louis	Hôpital Saint-Louis	Paris
CASSAGNE	M	Administration	Kiné	directeur du Centre National de Rééducation Physique	Bd Jourdan Paris	Paris 5
CHAMPETIER DE RIBES	F	Administration	Kiné	Professeur de Gymnastique Médicale à Paris	Paris	Paris
MORICE	M	Administration	Kiné	Société de Kinésithérapie à Paris	Paris	Paris 8
PETAT	M	Administration	Kiné	Société Française de Rééducation Physique		Montluçon
LEROUSSEAU	M	MK	Kiné	Société Française de Rééducation Physique		Paris 8
BOLEAT	M	MK	Kiné	Fédération des Syndicats de M.-K.		Paris 8
BROUSSE	M	MK	Kiné	Féd. Nat. Des Techniciens Médicaux de l'Union Française		?
GENY	M	MK	Kiné	Secrétaire général du Syndicat de Directeur d'Écoles agréés	Paris	Paris 5
GISSELBRECHT	M	MK	Kiné	Féd. Nat. des Syndicats de M.-K.		Paris 1
JOSEPH	M	MK	Kiné	Féd. Nat. des Syndicats de M.-K.		Hanbourg in (N)
LA CREUSE	M	MK	Kiné	Féd. Nat. des Syndicats de M.-K.		Tours
GALLAIS	M	MK	Kiné	Professeur dans une École de Massage agréé à Paris		Paris 15
GUINOT	M	MK	Kiné	Comité Central pour les Aveugles Travailleurs		Paris
LEJAL	M	MK	Kiné	Union professionnelle des Masseurs-Kinésithérapeutes Aveugles		Paris 8
NICOLLE	M	Masseur-Kinésithérapeute	Kiné	Président Union Professionnelle des M.-K. Aveugles		Paris 6

*GAUBERT Christophe, le sens des limites,
Composition du Conseil supérieur de la kinésithérapie en 1950, tableau 6.5*

Force est de constater que dès l'origine de la profession de masseur-kinésithérapeute l'organe chargé de représenter les intérêts de la profession a été constitué de deux groupes professionnels égalitaires en apparence dont l'un est dominant, tant du point de vue représentation sociale que du point de vue légal et réglementaire, ce qui va interdire à cette nouvelle profession et aux acteurs qui la compose d'évoluer vers plus de reconnaissance et d'indépendance professionnelle.

Les médecins, ont depuis des décennies l'entier contrôle de l'activité des masseurs médicaux et n'entendent pas le perdre. Mais, les gymnastes médicaux échappaient à leur autorité. Les différentes politiques de santé publiques menées en milieu scolaire ont permis au groupe des gymnastes médicaux, professeurs d'éducation physique, diplômés de l'Éducation Nationale de développer, dans une relative indépendance par rapport à la tutelle médicale, une

gymnastique corrective collective. Jusqu'alors ils ne devaient rendre des comptes qu'aux médecins scolaires, salariés de l'Éducation Nationale et à leur ministère de tutelle...

Ce n'est pas un hasard si dès le préambule de la loi du 30 avril 1946 il est écrit qu'« [...] *Il faut, en effet, réserver l'exercice de ces professions à de véritables professionnels [...] qui collaborent avec le corps médical.* » et qu'en fine l'article 1^{er} ordonne que « [...] *Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale [...]* » Le corps médical va s'employer pendant presque un quart de siècle à contrôler rigoureusement l'activité du masseur-kinésithérapeute.

Au-delà de la dichotomie médecins / masseurs médicaux, va venir se superposer une subdivision plus fine, le plus souvent ignorée par ceux qui se sont intéressés à l'histoire de la profession, de deux groupes aux intérêts divergents. Au sein de ce Conseil, un certain nombre de médecins et de masseurs-kinésithérapeutes spécialistes de la gymnastique sont majoritaires en nombre, ce qui va les inciter à défendre les intérêts de l'éducation physique et donc privilégier ceux de l'Éducation nationale³⁰⁸ ce qui ne va pas faciliter l'agrégation entre les masseurs médicaux et les gymnastes médicaux.

Les représentants du groupe des gymnastes médicaux, arguant de leurs compétences, vont s'efforcer d'obtenir une augmentation du nombre d'équivalences et la maîtrise de la formation³⁰⁹. Face à eux les masseurs médicaux et les masseurs aveugles, qui craignent que la gymnastique médicale leur soit interdite, vont tout faire pour préserver la spécificité de leur formation. À la même époque un projet de décret relatif au diplôme d'Etat, en gestation au sein du ministère de l'Éducation Nationale, vient d'être validé par le Conseil Supérieur de l'Éducation Nationale. Le texte prévoit que l'accès aux écoles serait réglementé par le ministère de la Santé publique, en accord avec le ministère de l'Éducation nationale. Les diplômes délivrés conjointement après validation des études par le ministère de la Santé publique et visa du ministère de l'Éducation nationale.

Ce projet de décret provoque une levée de bouclier des médecins hospitaliers et des masseurs médicaux qui mettent un veto à ce transfert vers l'Éducation nationale et qui vont être confortés dans leur position par l'action des masseurs aveugles qui souhaitent une adaptation du programme des études qui leur apparaît comme beaucoup trop chargé pour eux. Ils obtiendront gain de cause comme il est expressément prévu à l'article 2 de la loi « [...] »

³⁰⁸ GAUBERT Christophe cf. supra

³⁰⁹ MONET Jacques La kinésithérapie, une spécialité médicale impossible, Le livre vers ... de la masso-kinésithérapie, CNOMK, juin 2011, Paris, p. 17

Des modalités particulières seront prévues pour permettre aux candidats aveugles de s'y préparer et de s'y présenter dans des conditions équivalentes à celles des voyants [...] » Pour eux, il y aura un renforcement de l'enseignement et de l'épreuve de massage, qui s'apparente ainsi à une véritable technique de rééducation.

Alors que les deux techniques manuelles que sont le massage et la gymnastique sont enfin réunies en une seule discipline thérapeutique, fort du poids de sa représentation sociale et du monopole que la loi de 1892 lui a octroyé le corps médical va œuvrer habilement pour imposer sa vision de l'exercice professionnel et du contenu des études. La loi ayant prévu que la durée et le programme des études seront fixés par décret du Ministère de la Santé publique, il ne faut pas être grand clerc pour comprendre que le texte sera rédigé selon les vœux de la majorité (médicale) des membres du Conseil supérieur de la kinésithérapie.

La loi lui ayant aussi confié la mission de délivrer l'agrément des écoles, dans ce domaine toutes celles dont l'enseignement s'écarte de l'orthodoxie médicale et privilégie les manipulations articulaires³¹⁰ se verront refuser l'agrément. Les écoles ayant été agréées sans condition étaient celles qui avaient la plus grande proximité avec la chirurgie et plus particulièrement la chirurgie orthopédique. Le malaise persistant existant entre masseurs-kinésithérapeutes et médecins trouve là une partie de son origine.

Pour pouvoir obtenir une reconnaissance officielle, les masseurs médicaux ont, dans le passé, prêté à l'envie serment d'allégeance aux médecins avec en arrière-pensée de pouvoir jouir d'une autonomie leur permettant d'organiser leur profession une fois ce but atteint. Or, par le biais du Conseil supérieur de la kinésithérapie, la profession va être modelée pour être en conformité aux besoins de santé publique de l'époque sur lesquels les médecins ont la mainmise.

³¹⁰ Ce n'est qu'en 1960, qu'officiellement « toutes mobilisations forcées des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie » seront expressément interdites aux non-médecins par l'article 2 de l'arrêté du 21 décembre 1960 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux, JORF du 28 décembre 1960, p. 11954

2. L'agrément des écoles de masso-kinésithérapie

Le Conseil supérieur de la kinésithérapie a, dans ses attributions, l'agrément des écoles de masso-kinésithérapie chargées de délivrer un enseignement conforme aux dispositions du décret du 27 novembre 1946 qui a fixé la durée des études à deux ans.

À la date du 30 avril 1946, huit écoles de massage, dont deux pour aveugles étaient détentrices d'un agrément délivré par les pouvoirs publics. Quatre sont situées à Paris, parmi lesquelles l'école de massage de la rue Cujas et celle de massage pour aveugles de la fondation Valentin Haüy³¹¹ sont les plus anciennes, ayant été agréées en 1924³¹². Une deuxième école parisienne pour aveugles (sise 11 rue Amélie dans le 7^e arrondissement) a été agréée par une décision du 29 novembre 1943. Une clinique de physiothérapie y étant annexée, elle offrait aux élèves des conditions d'accès et d'encadrement optimum pour suivre l'enseignement pratique³¹³. L'école de la rue d'Assas a reçu son agrément en 1944 (arrêté du 26 juin 1944) et celle de la rue Saint Michel en 1945 (arrêté du 15 janvier 1945).

À titre anecdotique, on peut remarquer que toutes ces écoles parisiennes sont regroupées dans trois arrondissements contigus, les 5^e, 6^e et 7^e, c'est-à-dire non loin de la faculté de médecine de Paris elle-même implantée rue de l'École de médecine dans le 6^e arrondissement. Il faut voir dans cette proximité territoriale, la proximité fonctionnelle et organique du monde du massage de celui de la médecine.

En province, la première école de massage à avoir été agréée est l'école de massage pour aveugles de Clermont-Ferrand en 1932 (décision du 30 août 1932). L'école de massage et de balnéothérapie de Vichy le sera en 1942 (arrêté du 4 février 1942) et l'école de massage du Nord de la France de Lille en 1944 (arrêté du 26 juin 1944). Le 30 août 1949, au sein de l'école des jeunes aveugles et des sourds-muets de Villeurbanne, dans la banlieue de Lyon, est

³¹¹ En 1939, les six candidats présentés à l'examen de fin d'études furent tous été reçus. Mais les responsables de l'école manifestaient les plus vives inquiétudes pour l'avenir de leur école. En dépit des difficultés et des incertitudes, l'année suivant les cours reprirent avec une promotion de 7 élèves. En 1949, parmi les 25 aveugles ayant obtenu le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. 9 d'entre eux étaient élèves de l'Ecole Félicien Fabre de l'Association Valentin Haüy. Sources : Le Valentin Haüy, n° 4-5-6, Juillet/Décembre 1939 & Les résultats de la promotion 1949 : les résultats de l'après-guerre, Le Louis Braille, Octobre 1949, n°11, cités dans Cent ans dans les mains, ouvrage collectif réalisé à l'occasion du centenaire de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Valentin Haüy, Paris, 25 et 26 janvier 2007

³¹² Arrêté du 28 février pris en application du décret du 27 juin 1922 relatif à la reconnaissance officielle des écoles de massage préparant les candidats aux diplômes d'Etat d'infirmier masseur aveugle et d'infirmier masseur

³¹³ GOUBAN Michel, Les aveugles et la masso-kinésithérapie : cent ans d'expérience à l'association Valentin Haüy, Cent ans dans les mains, ouvrage collectif réalisé à l'occasion du centenaire de l'institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Valentin Haüy, Paris, 25 et 26 janvier 2007

crée une école de masso-kinésithérapie, sous l'autorité d'une association, les Pupilles de la Nation à laquelle se substituera en 1953, l'association départementale de l'enseignement public du Rhône³¹⁴.

À compter de la promulgation de la loi, les besoins en kinésithérapie étant importants, entre le mois d'avril 1946 et 1956, de nombreuses écoles (environ une trentaine), tant à Paris qu'en province, se verront délivrer un agrément, souvent avec réserve. Un grand nombre d'écoles vont disparaître. En 1956, seules 19 subsistent (cf. infra, tableau n° 2).

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

ARRÊTÉS PORTANT AGRÉMENT DES ÉCOLES DE MASSAGE

Arrêté du 28 février 1924 agréant l'Ecole de Massage, 21, rue Cujas, à PARIS.

Arrêté du 28 février 1924 agréant l'Ecole de Massage de l'Association VALENTIN-HAUY (aveugles), 9, rue Duroc, à PARIS.

Décision du 30 août 1932 agréant l'institution des jeunes Aveugles, 30, rue Rose, à CLERMONT-FERRAND.

Arrêté du 4 février 1942 agréant l'Ecole de Massage et de Balnéothérapie, 1, avenue Thermale, à VICHY.

Décision du 29 novembre 1943 agréant l'Ecole de Massage (aveugles), 11 ter, rue Amélie, à PARIS.

Arrêté du 26 juin 1944 agréant l'Ecole de Massage, 28, rue d'Assas, à PARIS.

Arrêté du 26 juin 1944 agréant l'Ecole de Kinésithérapie du Nord de la France, 1, rue Jean-Bart, à LILLE.

Arrêté du 15 janvier 1945 agréant l'Ecole de Massage, 95, boulevard Saint-Michel, à PARIS.

Arrêté du 3 octobre 1946 portant agrément de l'Ecole de l'Hôpital des Enfants-Malades, à PARIS.

Arrêté du 15 novembre 1946 portant agrément de l'Ecole de Massage du Dr de Sambucy, 117, rue Saint-Lazare, PARIS.

Décision du 5 mai 1947 agréant l'Ecole de Massage du Dr Danhier, 17, rue de Liège, à PARIS.

Décision du 21 octobre 1947 agréant l'Ecole de Massage de l'Assistance Publique de Paris.

Arrêté du 22 octobre 1947, portant agrément de l'Institut de Kinésithérapie de CLERMONT-FERRAND.

Arrêté du 30 août 1949 agréant l'Ecole de Massage (aveugles) de VILLEURBANNE (Rhône).

Arrêté du 30 août 1949 agréant l'Ecole de Massage (Hôpital Saint-André) de BORDEAUX, ex-Ecole de la Faculté de Médecine.

Arrêté du 30 août 1949 agréant l'Ecole de Massage de Marseille (ex Ecole de la Faculté de Médecine).

Arrêté du 6 octobre 1952 agréant l'Ecole de Massage de M^{me} Andrée JOLY, 215, boulevard Saint-Germain, à PARIS.

Arrêté du 5 décembre 1947 agréant comme établissement de STAGES pratiques le service de Physiothérapie, 14, rue César-Franck, à PARIS.

Arrêté du 15 juin 1956 agréant l'Ecole Régionale de Masso-kinésithérapie de Nancy.

Ministère de la Santé Publique, arrêtés portant agrément des écoles de massage
(Source GISSELBRECHT Édouard, Législation - Déontologie)

Ces écoles sont régies par des statuts disparates. La plupart sont des entreprises privées, d'autres associatives (notamment les écoles pour aveugles) enfin certaines sont des écoles privées de propriétaires. Il en est ainsi de l'école féminine de kinésithérapie de Madame Andrée JOLY qui aura la particularité de n'accueillir, jusqu'à sa fermeture à la fin des années 1980, que des étudiantes !

Pour recevoir l'agrément, les écoles devaient justifier de critères formels d'existence : des locaux, des enseignants, une expérience de l'enseignement du massage et de la gymnastique médicale. Un certain nombre de critères vont être d'une grande importance pour l'obtention de ce sésame. L'antériorité (certaines écoles existent depuis plusieurs dizaines d'années), la proximité d'un hôpital public (école de l'hôpital des Enfants Malades), un directeur membre

³¹⁴En 1969, une école pour les masseurs-kinésithérapeutes déficients visuels est créée à Limoges sous l'égide de l'Association pour la Promotion Sociale des Aveugles et Autres Handicapés (APSAH). elle fait suite à la fermeture de l'école de masso-kinésithérapie de Clermont-Ferrand.

du Conseil supérieur de la kinésithérapie (Docteur Boris DOLTO, Professeur Marcel Fèvre, Docteur André de Sambucy) facilitait la chose ! En l'espèce, une particularité mérite d'être relevée.

L'examen attentif de la composition du Conseil supérieur de la kinésithérapie permet de nous apercevoir que parmi les neuf médecins spécialisés en massage et en gymnastique médicale qui ont été désignés par les pouvoirs publics, le Cours de Kinésithérapie de la Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie de la Faculté de Médecine de Paris, communément appelée école de kinésithérapie de l'hôpital des Enfants Malades est représentée par pas moins de cinq enseignants : Le professeur Fèvre, les docteurs Pol Le Cœur, Pierre Lance, Allyre-Alice Triboulet-Chassevant et Bernard Duhamel. Il est indéniable que leur rôle sera déterminant dans l'évolution du contenu des études et de l'exercice professionnel.

Après avoir, dès la fin du 19^e siècle « confisqué » la pratique du massage et de la gymnastique médicale, force est de constater que, dès la création officielle de la profession de masseur-kinésithérapeute, le corps médical va asseoir sa mainmise en s'appropriant le pouvoir de direction des écoles de kinésithérapie. Christophe Gaubert s'est livré à un démembrement très intéressant à ce sujet, en étudiant les agréments délivrés entre 1944 et 1952. De cette étude il ressort que sur les 19 écoles agréées existantes en 1952, 7 ont pour directeur un chirurgien ou un professeur de faculté de médecine, 7 un médecin et 5 un non-médecin. 73,68 % des écoles sont donc dirigées par un médecin. Seules 26,31 % le sont par un non-médecin. Il faudra plusieurs décennies pour que situation évolue et que les écoles de masso-kinésithérapie puissent avoir à leur tête un masseur-kinésithérapeute. En 1967, il y aura une première avancée.

Un arrêté du ministre des Affaires Sociales énonce que les écoles seront dirigées par un docteur en médecine assisté d'un masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat titulaire du certificat de masseur kinésithérapeute moniteur, certificat nouvellement créé³¹⁵. Quelques mois plus tard, ce que l'on peut considérer comme une évolution positive en matière de reconnaissance professionnelle et d'émancipation par rapport au « paternalisme castrateur du corps médical » est réalisé par un nouveau décret³¹⁶, qui précise que la direction des écoles de kinésithérapie pourra être assurée soit par un docteur en médecine ayant des connaissances

³¹⁵Décret n°67-652 du 25 juillet 1967 portant création d'un certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur, article 2. JORF du 5 août 1967 page 7860

³¹⁶ Arrêté du 20 mai 1968 relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, article 2, JORF du 1er juin 1968, p. 5339

particulières en kinésithérapie, soit par un masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat, titulaire du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur. Ces dispositions seront prorogées ultérieurement jusqu'au 30 septembre 1973 ³¹⁷

En quelques mois, en matière de gouvernance des écoles de masso-kinésithérapie, on est passé du rôle d'assistant de direction à un rôle de directeur en titre. Mais, alors que dans le premier texte le verbe être est employé au futur « [...] *les écoles seront dirigées masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat titulaire du certificat de masseur kinésithérapeute moniteur* » dans le second texte, il s'agit d'une condition alternative « *la direction des écoles de kinésithérapie pourra être assurée soit par un docteur en médecine ayant des connaissances particulières en kinésithérapie, soit par un masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat, titulaire du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur* ». Comme de coutume, les médecins seront très réticents à lâcher une once de leur pouvoir de direction et ne se laisseront pas facilement évincer de la direction des écoles de masso-kinésithérapie. Dans les faits, cette possibilité d'ouverture de la gouvernance d'une école de masso-kinésithérapie à un masseur kinésithérapeute moniteur cadre ne sera pas vraiment suivie d'effets. En 1982, un nouvel arrêté réitère la possibilité de confier la direction technique d'une école de masso-kinésithérapie à un non-médecin à la condition qu'il soit moniteur cadre de masso kinésithérapie³¹⁸. Il faudra attendre encore plusieurs années pour que la direction technique soit effectivement assurée par un masseur-kinésithérapeute cadre de santé³¹⁹.

Pour les 15 écoles n'ayant pas obtenu l'agrément 9 avaient pour directeur un médecin et 6 un non-médecin. Là encore, les chiffres se passent de commentaires.

Aucune école ayant pour directeur un chirurgien ou un professeur de faculté, n'a été « recalée » ce qui montre que la proximité avec une faculté de médecine ou un centre hospitalier était d'une importance primordiale. En fait, ces écoles sont le plus souvent attachées aux services de chirurgie orthopédique ou de neurologie des hôpitaux. A Paris, c'est le cas pour celle de l'hôpital des Enfants Malades et pour l'école de l'hôpital Lariboisière (située de 1947 à 1956 dans les locaux de l'hôpital de la Salpêtrière).

³¹⁷ Arrêté du 09 juin 1971 Conditions de fonctionnement et d'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 22 juin 1971, p. 6008

³¹⁸ Arrêté du 17 mai 1982 relatif aux conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, article 3, alinéa 3, JORF du 5 juin 1982, p. 5301

³¹⁹ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, JORF du 20 août 1995, p. 12469

En ce qui concerne la localisation des écoles, on remarque que sur 22 écoles ayant candidaté à Paris, 12 n'ont pas obtenu d'agrément soit un peu plus de la moitié (54,54 %) alors qu'en province la proportion est moindre puisque sur les douze candidatures, seules 3 ont été refusées (33,33 %). Cependant, il faut reconnaître que la cause principale du refus d'agrément de bon nombre d'écoles est liée à l'empirisme caractérisant leur enseignement.

Nous avons vu que dans le groupe des masseurs médicaux, les femmes représentaient 79 % des demandes d'équivalence (46 % pour le groupe des gymnastes médicaux). Compte tenu de cette forte féminisation, il est intéressant de voir combien d'écoles avaient une direction assurée par une femme. Sur les 19 écoles agréées seules 2 sont dirigées par une femme (10,5 %) et pour les 15 écoles n'ayant pas obtenu cet agrément, 4 avaient à leur tête une femme (36,36 %). En affinant un peu les chiffres on constate que toutes les écoles (agréées et non agréées) dont la direction était assurée par une femme sont localisées à Paris. Aucune en province. Christophe Gaubert, dans sa thèse citée en référence supra, s'est aussi intéressé à l'évolution du nombre d'écoles de 1953 à 1983. De 1952 à 1959, le nombre d'écoles reste stable avec 10 écoles (dont 2 écoles pour aveugles) à Paris et 9 (dont deux écoles pour aveugles) en province. En 1963, la situation va légèrement évoluer avec l'agrément de quatre écoles en province, ce qui porte le nombre total d'école en France à 23. Un peu plus de dix ans plus tard, en 1974, on assiste à une explosion du nombre d'écoles avec 2 écoles supplémentaires à Paris mais surtout 11 de plus en province, totalisant ainsi 36 écoles dans l'Hexagone.

3. Une évolution du nombre des écoles liées à celle des techniques de soins

L'évolution du nombre d'écoles est liée à l'évolution de la prise en charge masso-kinésithérapique elle-même étroitement dépendante de l'évolution des techniques chirurgicales et des traitements médicaux. L'accent va être mis sur le traitement manuel et instrumental des grandes pathologies de l'époque dans trois domaines : la traumatologie, la neurologie et la rhumatologie.

À la fin des années 1940, la chirurgie orthopédique, telle qu'on la conçoit actuellement, n'en n'est qu'à ses prémices et peut être résumée par cette citation d'Henri Judet " *Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours*"³²⁰. À l'aube des années 1950, la chirurgie orthopédique est une spécialité en plein essor qui va bénéficier, notamment, des progrès de l'anesthésie jusqu'alors balbutiante.

L'anesthésie n'est que balbutiante. L'anesthésie au masque de Ombredanne³²¹ n'étant qu'une progressive asphyxie, les chirurgiens devaient avec une grande habileté opérer très rapidement pour ne pas mettre la vie du patient plus en danger qu'elle ne l'était avant l'intervention car la réanimation n'existait pas.

Il faut traiter les conséquences orthopédiques et fonctionnelles des grands fléaux de l'époque et notamment la poliomyélite³²² qui va faire des ravages pendant des années chez les enfants et les adolescents avant que la vaccination n'éradique en France cette maladie au début des années 1960³²³. Il en sera de même pour la tuberculose³²⁴ malgré la vaccination à grande

³²⁰ Henri Judet (1874-1942), médecin, chirurgien, pionnier de la chirurgie osseuse, fondateur de la clinique Desaix à Paris qui sera remplacée en 1957 par la clinique du square Jouvenet. Deux de ses fils, Jean (1905-1995) et Robert (1909-1980), vont lui succéder en s'imposant comme deux brillants et talentueux chirurgiens orthopédistes. On leur doit, en 1946, la pose de la première prothèse de hanche, en France, technique qui va rapidement révolutionner le traitement des fractures et des affections rhumatismales de l'articulation de la hanche.

³²¹ OMBREDANNE Louis, 1871-1956, Chirurgien spécialisé en chirurgie pédiatrique, il a occupé la chaire parisienne de sa spécialité à partir de 1925. A l'origine de l'amélioration de nombreuses techniques chirurgicales, on lui doit également un appareil d'anesthésie à inhalation de vapeurs d'éther qui a dominé la pratique de l'anesthésie en Europe durant plus de cinquante ans, avant l'introduction des techniques modernes après la Seconde Guerre mondiale. Les qualités de l'appareil d'Ombredanne ont contribué à retarder l'anesthésie moderne en France. (sources : <http://www.histanestrea-france.org/>)

³²² La poliomyélite antérieure aiguë (PAA), maladie de Heine-Medin, paralysie infantile est une maladie infectieuse virale, donc contagieuse, pouvant entraîner des paralysies plus ou moins graves et plus ou moins diffuses. Elle peut être rapidement mortelle en cas d'atteinte des muscles respiratoires. Il s'agit, d'une atteinte de la substance grise de la moelle épinière dans sa partie antérieure, les cornes antérieures, parties qui intéressent exclusivement la motricité. La paralysie est exclusivement motrice. Véritable fléau dans les années 40-50, elle a tué ou handicapé à des degrés divers plusieurs millions de personnes dans le monde entier. Cette maladie a aujourd'hui sauf exception disparu des pays industrialisés et de toute une partie du monde. Elle pourrait être, après la variole, la seconde maladie virale éradiquée par la vaccination. Au stade initial, aucun traitement médical n'avait d'action sur l'infection virale, ni sur les douleurs. L'association douleur-rétraction était combattue par la masso-kinésithérapie associant pose de compresses chaudes, balnéothérapie chaude, mobilisation passive associant douceur et ténacité, des postures par coussins et sangles. Au stade aigu, la rééducation a introduit dans les traitements un souci de précocité, de continuité et de coordination. Le traitement reposant sur des bases très simples: à partir d'un bilan musculaire et articulaire complet et régulièrement répété, favoriser le réveil et le progrès des muscles déficitaires, prévenir les déformations en luttant contre les tendances rétractiles, contre les asymétries positionnelles, doser les reprises de position assise, debout et de la marche. En fonction de ces bilans et des attitudes observées aux essais, avec ou sans appareillage provisoire, rechercher l'indépendance maximale dans les activités quotidiennes, si nécessaire avec des aides techniques. (Sources : Dr Marc Maury, ancien médecin-chef du CRM de Fontainebleau; vice-président de l'APF (Association des paralysés de France).

³²³ SABIN Albert (1906-1993), médecin immunologiste américain est le concepteur du vaccin oral contre la poliomyélite qui dès l'année 1960 sera utilisé dans le monde entier. Ce vaccin survient quelques années après la mise au point par un biologiste américain Jonas SALK d'un premier vaccin inactivé (1955). La campagne de

échelle de la population par le BCG³²⁵. Il faudra attendre l'arrivée des antibiotiques et leur utilisation généralisée en France à partir du milieu des années 1950 pour voir le nombre de malades diminuer de manière importante. Il y a aussi et encore le traitement des séquelles des blessures des anciens combattants des deux guerres mondiales et des accidents du travail.

Alors que les progrès de l'hygiène et des traitements médicaux vont entraîner une baisse très importante de ces patients redevables de la masso-kinésithérapie, l'essor du parc automobile et son corollaire, l'accidentologie routière³²⁶, va pourvoir, pendant de longues années, au remplissage et pour de longs séjours les services de chirurgie dans un premier temps puis les centres de rééducation fonctionnelle et les cabinets de kinésithérapie libéraux. Il est évident que la formation des futurs masseurs-kinésithérapeutes va être formatée en tenant compte de toutes ces données. Dans un premier temps, en service hospitalier, ils vont être amenés à intervenir non plus sur des patients à la phase de séquelles mais en postopératoire immédiat. Puis, ces patients seront pris en charge au sein de centres de rééducation et enfin en cabinet libéraux car si les techniques chirurgicales et anesthésiques progressent, il n'en reste pas moins vrai que leurs conséquences oséo-raticulaires, musculo-tendineuses et orthopédiques sont lourdes et nécessitent de longs traitements de rééducation.

Les conditions de mise en place des règles qui vont régir l'enseignement de la masso-kinésithérapie ayant été posées, pendant plus de vingt ans elles ne subiront que d'insignifiantes modifications.

vaccination, après des débuts prometteurs, sera interrompue car un des laboratoires fabricant le vaccin ayant utilisé une souche insuffisamment inactivée, plusieurs milliers de patients vaccinés contracteront la maladie et un certain nombre en mourra. Il faut souligner que le docteur SALK (1914-1995) avait choisi de ne pas breveter sa découverte pour que le prix de son vaccin le rende abordable à tous.

³²⁴ La tuberculose est une maladie infectieuse transmissible et non immunisante provoquée par une mycobactérie du complexe tuberculosis correspondant à différents germes et principalement à *Mycobacterium tuberculosis* (ou bacille de Koch ou BK). Autrefois soignée dans les sanatoriums, par des cures de soleil et de plein air, elle a été réduite par les antibiotiques dans les années 1950, mais elle connaît un regain expliqué par l'apparition de souches multi-résistantes. La maladie tue encore près de deux millions de personnes chaque année dans le monde. La tuberculose pulmonaire, autrefois appelée phtisie, est de loin la plus fréquente et la plus répandue, mais il existe des atteintes osseuses (mal de Pott, tumeur blanche du genou, etc.), sources Wikipédia.org

³²⁵ BCG : vaccin bivalent de Calmette et Guérin, est un vaccin antituberculeux inventé par Albert CALMETTE (1863-1933) médecin et bactériologiste militaire français et Camille GUERIN (1872-1961). La mise au point du BCG durera de 1904 à 1928. Les premiers essais eurent lieu en 1921. La vaccination a été rendue obligatoire en France en 1950.

³²⁶ A cette époque, les critères de sécurité des constructeurs automobiles étaient inexistantes. Ils évolueront sous la pression des consommateurs. Le pionnier en la matière est l'avocat américain Ralph NADER (1934-), qui dès la fin des années 1950, avec l'association Public Citizen lance les premières croisades de défense des consommateurs. En ce qui concerne l'automobile, il est l'auteur d'un ouvrage resté célèbre « *Unsafe at Any Speed*. Grossman Publishers, 1965, dans lequel il décrit les automobiles de l'époque comme étant « *DAS* » : *dangerous at any speed* !

Paragraphe 2 Les études préparant au diplôme de masseur-kinésithérapeute

On peut distinguer, arbitrairement, deux périodes dans l'évolution de l'enseignement et du diplôme d'Etat. La première période va de l'année 1946 jusqu'à la fin de l'année 1968. Vingt-huit textes réglementaires vont régir la scolarité et les épreuves du diplôme d'Etat. Ils n'apporteront que peu de modifications aux dispositions initiales hormis, comme nous le verrons infra, un projet d'aide-dermatologiste qui ne fit pas long feu... La seconde période débute en 1969 avec la réforme de la durée des études qui passe enfin à trois ans. À la date du 30 avril 2014, ce ne sont pas moins de cent trente-cinq textes qui vont modeler l'organisation de la profession ! La principale innovation sera la création mouvementée mais enfin obtenue d'un Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes que nous étudieront dans la deuxième partie de ce travail de recherche.

1. Les conditions initiales

Pour pouvoir obtenir le diplôme d'Etat, les candidats et les candidates doivent être de nationalité française, avoir suivi l'enseignement et subi avec succès les différents examens sanctionnant les études. L'âge minimum pour l'obtention du diplôme est fixé à 21 ans, l'âge maximum à 38 ans mais en ce qui concerne l'âge maximum des dispenses pourront être accordées. Les candidats de nationalité étrangère pourront, à titre exceptionnel, être autorisés à se présenter à l'examen du diplôme d'Etat. Il leur sera, alors, délivré un certificat mentionnant expressément qu'il ne donne pas le droit d'exercer en France.

La durée de l'enseignement est fixée par le présent décret à deux années. Les études comprennent un enseignement théorique et des stages pratiques. Les terrains de stages (établissements ou services) doivent obligatoirement être agréés, sachant que cet agrément est à tout moment révocable. Tant les écoles que les terrains de stages sont soumis au contrôle permanent du ministre de la Santé publique.

Seuls les candidats et les candidates ayant satisfait à l'examen de fin de première année, dont le jury comprendra obligatoirement un représentant désigné par le ministre de la santé publique, sur une liste double présentée par le CSK, sont admis à s'inscrire en deuxième année. Il est curieux de constater que pour le passage de première en deuxième année, il n'est fait nulle mention de la validation des stages pratiques.

L'article 5 du décret susvisé dispose que seuls les élèves ayant subi avec succès les épreuves de l'examen d'entrée seront autorisés à s'inscrire en 1^{re} année dans les écoles de kinésithérapie mais en seront dispensés de l'examen d'entrée, les titulaires du brevet supérieur de l'enseignement primaire³²⁷ ou de la première partie du baccalauréat de l'enseignement secondaire³²⁸.

2. L'examen d'entrée

Les conditions de l'examen d'entrée vont être fixées par un arrêté du 10 juillet 1947³²⁹. Elles échappent totalement aux écoles de masso-kinésithérapie dans la mesure où l'organisation de l'examen d'entrée, depuis le dépôt du dossier de candidature jusqu'à la proclamation des résultats est confiée aux différentes directions départementales de la santé.

Les dossiers de candidatures doivent impérativement être adressés au service compétent de la direction départementale de la santé dont dépend l'école de kinésithérapie choisie. De la même manière, l'examen aura lieu au siège de cette direction départementale de la santé. Pour pouvoir s'y présenter, plusieurs conditions sont imposées. La première, doit-on s'en étonner, est d'être de nationalité française. Les candidats étrangers devront être détenteurs d'une autorisation spéciale du ministre de la santé publique et de la population. Pour l'obtenir, ils devront présenter un dossier contenant un curriculum vitæ, leurs titres mais surtout les raisons pour lesquelles il souhaite effectuer ses études en France³³⁰. L'autorisation sera délivrée par le Ministre de la Santé publique et de la Population après avis du Conseil supérieur de la Kinésithérapie. Un problème se posera pour les ressortissants des colonies françaises qui

³²⁷ Le brevet de capacité pour l'enseignement primaire avait été institué par l'article 1er de la loi du 16 juin 1881 relative aux titres de capacité de l'enseignement primaire (JORF du 17 juin 1881). C'est une sorte de « licence » autorisant son titulaire à enseigner dans les écoles primaires. ce n'était pas un grade universitaire. Le décret du 18 janvier 1887 relatif à l'enseignement public (JORF du 20 janvier 1887) le rend obligatoire pour pouvoir entrer à l'Ecole Normale. Le brevet supérieur de capacité de l'enseignement primaire conférait aux instituteurs et institutrices un certain nombre d'avantage en termes d'avancement, de rémunération etc.

³²⁸ Le baccalauréat créé par le décret organique du 17 mars 1808 est un diplôme qui a la double particularité de sanctionner la fin des études secondaires et de permettre à son détenteur d'accéder à l'enseignement supérieur. L'origine du baccalauréat en 2 parties remonte en 1874, année où le baccalauréat ès-lettre est scindé en deux séries d'épreuves à passer à une année d'intervalle. En 1963, est créé un examen probatoire à la fin de la classe de première. Cette disposition sera supprimée en 1965. Pour mémoire, il faut savoir qu'à la fin du XIX^e siècle si à peine 1% d'une classe d'âge obtenait le baccalauréat et 2.7 % en 1936, la proportion va régulièrement s'élevée pour atteindre 20% en 1970, 36% en 1989, 63% en 1955, 71,3 % en 2011 et 85% en 2012! Sources : <http://www.education.gouv.fr/>

³²⁹ Arrêté du 10 juillet 1947 fixant les conditions de l'examen d'entrée aux écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 18 juillet 1947, p. 6893

³³⁰ Les candidats étrangers bénéficiaires de cette dispense n'obtiendront pas le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute mais un certificat de fin d'études sur lequel il sera expressément inscrit que ce document n'autorise pas le droit d'exercer la masso-kinésithérapie en France. Ce certificat pourra être converti en diplôme d'Etat en cas de naturalisation.

obtiendront leur indépendance à compter des années 1960 et qui seront confrontés au dilemme du choix de leur nationalité³³¹. L'âge minimum requis est d'au moins 19 ans au 1^{er} juillet et de 36 ans au plus, ce qui est cohérent puisque la durée des études étant fixées à deux ans, l'âge limite d'obtention du diplôme d'Etat est d'au moins 21 ans au 1^{er} juillet et 38 ans maximum³³².

Les candidats doivent fournir les preuves d'un état de santé irréprochable. Pour cela, il est demandé aux candidats et aux candidates de fournir un certificat médical établi par un médecin phthisiologue³³³ attestant l'absence de signe clinique, bactériologique ou radiologique de la tuberculose³³⁴ pulmonaire ainsi que l'aptitude physique à exercer la profession. Cette exigence est parfaitement compréhensible lorsqu'on se remémore le fléau que représentait cette maladie contagieuse à la fin de la deuxième guerre mondiale³³⁵ ainsi qu'un certificat de vaccination jennérienne³³⁶ en cours de validité, i.e de moins de trois mois attestant de la

³³¹ S. AYAD Abdelmalek, La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré, Paris, Le Seuil, coll. "Liber", 1999

³³² En 1968, l'âge minimum pour candidater sera fixée à 18 et la limite d'âge supérieur supprimée. Arrêté du 20 mars 1968, Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute (Admission dans les écoles préparant au diplôme, examen de passage, dispense de stages et de scolarité, conditions des épreuves, conditions des épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, abroge les arrêtés des 19 juin 1963 et 11 février 1964), JORF du 22 mars 1968, p. 2284

³³³ Médecin spécialiste en phthisiologie (partie de la médecine qui étudie la tuberculose), dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Sources Le Grand robert, Langue française, édition numérique, 2013

³³⁴ Tuberculose : maladie contagieuse et inoculable due à un microbe, le *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch (du nom de son découvreur Robert KOCH, médecin et microbiologiste allemand qui pour cela recevra le prix Nobel de médecine en 1905), caractérisée anatomiquement par la dissémination de bacilles dans une partie ou la totalité de l'organisme, et la formation autour de chaque centre bactérien d'une production inflammatoire, revêtant en général l'aspect du tubercule. Cliniquement, son aspect est différent suivant qu'elle envahit rapidement tout l'organisme ou qu'elle reste cantonnée plus ou moins exactement dans un tissu ou elle va évoluer selon différents stades. On parlera alors de tuberculose pulmonaire, péritonéale, articulaire, osseuse, ganglionnaire, etc. sa déclaration est obligatoire en France. Sources : DELAMARE Jacques : Dictionnaire des termes abrégé de médecine, 4ème édition, Maloine éd.

³³⁵ En France, le taux de mortalité a été en constante régression depuis le début du XXème passant de 200/1000 habitants en 1900, à 158 en 1930 et 111 en 1945. Malgré ce, la période de la Seconde guerre mondiale a marqué, en France, une recrudescence spectaculaire de la tuberculose. En 1946, ce sont près de 35000 personnes qui sont mortes de cette maladie. Les étudiants sont particulièrement touchés. Pour l'année 1945-1946, les chiffres de la médecine préventive universitaire montre que sur 66.000 étudiants examinés, 5280 (soit 8%) souffrent d'affections pulmonaires graves ou présentent des lésions séquellaires importantes. En 1950, grâce à la généralisation du traitement par antibiotique et de meilleures conditions d'hygiène de vie le taux de mortalité tombera à 58/1000 habitants. Sources : BERTHET Etienne, la tuberculose est-elle toujours un fléau social, Etudes, tome 316, 1963/2, SER édition FISCHER Didier, Les étudiants, la tuberculose, le sanatorium, de la Libération à la fin des années cinquante, Revue Historique, n° 123, 1999/4, Presse Universitaire de France

³³⁶ JENNER Edward (1749-1823), médecin de campagne anglais. Il a été le premier médecin à avoir introduit et étudié le vaccin contre la variole en 1796. Grâce à des campagnes coordonnées de vaccination de grande envergure. L'éradication globale de la variole fut déclarée officiellement par l'OMS le 8 mai 1980 : « ... les 154 Etats Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé, représentés par leurs délégués à la Trente Troisième Assemblée mondiale de la Santé, ont unanimement entériné les conclusions de la Commission mondiale pour la Certification de l'Eradication de la Variole, à savoir que : 1. L'éradication de la variole est réalisée dans le monde entier, 2. Il n'existe pas d'éléments d'appréciation permettant de penser que la variole fera sa réapparition

vaccination contre la variole³³⁷. Pour que le dossier soit complet, il faudra que soit fourni un certificat de nationalité, un extrait casier judiciaire et, ce qui peut sembler surprenant de nos jours, un certificat de bonnes mœurs qui était un document généralement délivré par le commissaire de police en zone urbaine et par le maire dans les zones rurales³³⁸.

La liste des candidats définitivement admis, fera l'objet d'un arrêté préfectoral sur proposition du directeur départemental de la santé, et sera immédiatement transmise aux directeurs des écoles choisies par le candidat ainsi qu'aux intéressés. Celles et ceux remplissant toutes ces conditions pourront alors subir les épreuves de l'examen d'entrée qui se fera sous la forme d'une épreuve écrite, notée sur 50 points, comprenant une composition française sur un sujet de culture générale (notée sur 20), les candidats devant choisir un des deux sujets proposés. Cette épreuve servira également de contrôle de la maîtrise de l'orthographe (notée sur 10)³³⁹ et une composition d'histoire naturelle³⁴⁰ dont le niveau est « [...] le programme de 4^e année des cours complémentaires préparant au brevet élémentaire de capacité de l'enseignement primaire » (notée sur 20). Sont dispensés de ces épreuves les candidats titulaires au minimum de la première partie du baccalauréat³⁴¹ ou bien du brevet supérieur de capacité de l'enseignement primaire³⁴², c'est-à-dire des candidats dont l'excellent niveau d'étude est attesté par un diplôme délivré par l'Éducation Nationale.

en tant que maladie endémique » OMS, L'éradication mondiale de la variole, Rapport final de la Commission mondiale pour la certification de l'Eradication de la Variole, Genève, décembre 1979 ,

³³⁷ Variole (encore appelée « petite vérole ») : maladie infectieuse virale, épidémique et contagieuse due à un poxvirus (famille des Poxviridae), caractérisée par des signes généraux intenses et une éruption maculopapuleuse évoluant vers la suppuration. Cette affection a pratiquement disparu à la suite des campagnes internationales de vaccination. Sources : DELAMARE Jacques : Dictionnaire des termes abrégés de médecine, 4^e édition, Maloine éd.

³³⁸ L'obligation de délivrance de certificat de moralité aussi appelé « certificat de bonnes vies et mœurs » a été supprimée par le décret n° 52-553 du 16 mai 1952 relatif au certificat de bonne vie et mœurs, JORF du 20 mai 1952, p. 5023

³³⁹ Quels seraient les résultats si cette épreuve avait été maintenue jusqu'à ce jour ?

³⁴⁰ Cette terminologie surannée a été remplacée par « Science de la vie et de la terre » dans l'enseignement secondaire au début des années 1990.

³⁴¹ Le baccalauréat créé par le décret organique du 17 mars 1808 est un diplôme qui a la double particularité de sanctionner la fin des études secondaires et de permettre à son détenteur d'accéder à l'enseignement supérieur. L'origine du baccalauréat en 2 parties remonte en 1874, année où le baccalauréat ès-lettres est scindé en deux séries d'épreuves à passer à une année d'intervalle. En 1963, est créé un examen probatoire à la fin de la classe de première. Cette disposition sera supprimée en 1965. Pour mémoire, il faut savoir qu'à la fin du XIX^e siècle à peine 1 % d'une classe d'âge obtenait le baccalauréat, 3 % en 1945, 25 % en 1975, pour atteindre 71,6 % en 2011 !

³⁴² Le brevet de capacité pour l'enseignement primaire avait été institué par l'article 1^{er} de la loi du 16 juin 1881 relative aux titres de capacité de l'enseignement primaire (JO du 17 juin 1881). C'est une sorte de « licence » autorisant son titulaire à enseigner dans les écoles primaires. ce n'était pas un grade universitaire. Le décret du 18 janvier 1887 relatif à l'enseignement public (JO du 20 janvier 1887) le rend obligatoire pour pouvoir entrer à

À la lecture de ces dispositions, force est de constater que le niveau de recrutement a été sensiblement réévalué. Car, comme nous l'avons évoqué précédemment, si les gymnastes médicaux étaient majoritairement titulaires de diplômes de l'enseignement secondaire, c'était loin d'être le cas pour les masseurs médicaux.

Le choix des sujets et la correction des épreuves sont laissés à l'initiative de chaque directeur départemental de la santé. L'examen doit impérativement être organisé au plus tard le 15 septembre de chaque année, à l'initiative du directeur départemental de la santé qui prend toutes dispositions utiles pour prévenir les candidats et les candidates.

L'examen est donc sous l'entier contrôle des services déconcentrés de l'État, en vertu du vieux principe selon lequel « *On peut gouverner de loin mais on n'administre bien que de près* »³⁴³.

In fine, l'arrêté rappelle que si les candidats titulaires du brevet supérieur ou de la première partie du baccalauréat sont dispensés de cet examen, c'est à la condition qu'ils satisfassent à toutes les conditions exigées préalablement (nationalité, santé, bonnes mœurs).

Leur précieux sésame en poche, les candidats vont pouvoir suivre l'enseignement préparatoire au diplôme d'Etat au sein d'écoles de kinésithérapie agréées.

3. Le cursus scolaire

Les études préparant au diplôme de masseur-kinésithérapeute sont d'une durée de deux ans, comprenant un enseignement théorique et des stages pratiques. Pendant plus d'un quart de siècle, il n'y aura que très peu de modifications, notamment en ce qui concerne la durée des études. Pour être admis à passer en deuxième année d'études, les postulants devront avoir passé avec succès un examen organisé à la fin de l'année scolaire.

Des dispenses partielles de scolarité sont prévues³⁴⁴. Dès la fin de l'année 1947, par le biais d'un arrêté qui dispose que « *[article 1^{er}] Sont dispensés d'effectuer la première année de*

l'Ecole Normale. Le brevet supérieur de capacité de l'enseignement primaire conférait aux instituteurs et institutrices un certain nombre d'avantage en termes d'avancement, de rémunération etc.

³⁴³ Décret sur la Décentralisation administrative du 25 Mars 1852, Recueil Duvergier page 253, exposé des motifs « Considérant que, depuis la chute de l'Empire, des abus et des exagérations de tout genre ont dénaturé le principe de notre centralisation administrative, en substituant à l'action prompte des autorités locales les lentes formalités de l'administration centrale; Considérant qu'on peut gouverner de loin, mais qu'on n'administre bien que de près ; qu'en conséquence, autant il importe de centraliser l'action gouvernementale de l'État, autant il est nécessaire de décentraliser l'action purement administrative »

³⁴⁴ cf. note n°231, article 2, 2ème alinéa «[...] Toutefois des dispenses partielles de scolarité pourront être accordées par le ministre de la santé publique après étude de chaque cas par le conseil supérieur de la kinésithérapie »

scolarité et admis directement à suivre les cours de deuxième année des écoles de masseur-kinésithérapie, sans avoir à subir les épreuves de l'examen d'entrée les personnes titulaires des diplômes ou titres suivants [...] ». Hormis les professeurs d'éducation physique de la ville de Paris, reçus après concours de nombreux bénéficiaires pourront bénéficier de cette mesure, à savoir les personnes titulaires du certificat d'aptitude au professorat d'éducation physique, 1^{re} partie, du certificat d'études supérieures d'éducation physique des universités ou encore du certificat d'aptitude à l'enseignement de l'éducation physique, degré supérieur. Seront également concernés les infirmiers ou infirmières diplômés d'Etat ou diplômées hospitalières de l'administration générale de l'Assistance Publique de Paris ou titulaires du brevet d'infirmier colonial, les assistantes sociales diplômées d'Etat, sages-femmes diplômées d'Etat, les étudiants en médecine ayant 8 inscriptions validées, les titulaires d'une autorisation définitive d'exercer le massage médical ou la gymnastique médicale délivrée en application de l'article 5 de la loi du 30 avril 1946.

Ces personnes devront, dans le cadre de cours spéciaux organisés en conséquence par les écoles, effectuer une scolarité de 10 mois minimum au cours de laquelle devront être obligatoirement étudiées toutes les matières de première année. Elles devront également effectuer l'intégralité des stages pratiques du programme de la deuxième année d'études mais sont dispensées de ceux de première année.

En matière d'aménagement de scolarité, une remarque mérite d'être faite. Les professions de masseurs-kinésithérapeutes et de pédicures, officiellement nées d'une même loi, ont longtemps été très proches l'une de l'autre. Bon nombre de masseurs-kinésithérapeutes étaient également pédicures, l'inverse n'étant pas vrai. La raison à cette particularité tient au fait que la législation en vigueur à l'époque prévoyait que les candidats désireux d'obtenir les diplômes de masseur-kinésithérapeute et de pédicure devaient dans un premier temps obtenir le diplôme de masseur-kinésithérapeute puis dans un second temps celui de pédicure mais en étant dispensés de la première année des études de pédicures³⁴⁵. Par contre la réciproque était impossible. Cette disposition sera abrogée par le décret du 5 mai 1950³⁴⁶, le texte disposant que les candidats pourront poursuivre simultanément la préparation aux études de masseur-kinésithérapeute et de pédicure sans scolarité supplémentaire, l'inscription à une même école

³⁴⁵ Arrêté du 18 août 1948 dispensant de l'examen d'entrée aux écoles de pédicure de la première année de scolarité les élèves possédant certains diplômes et titres, modifié par l'arrêté du 24 septembre 1951, JORF du 30 septembre 1951

³⁴⁶ Décret du 5 mai 1950 portant possibilité de poursuivre simultanément la préparation des diplômes de masseur-kinésithérapeute et de pédicure sans scolarité supplémentaire, JORF du 9 mai 1950, p.5053

pendant les deux années de cours n'étant plus obligatoire. Cette disposition sera élargie aux « [...] titulaires d'une autorisation définitive d'exercer le massage médical ou la gymnastique médicale délivrée en application de l'article 5 de la loi du 30 avril 1946 ».

Lors de la promulgation de la loi du 30 avril 1946, le programme des études appliqué par les écoles de massage était celui de 1943 à destination des masseurs médicaux. par la suite, il va être fixé par un décret en date du 27 novembre 1946³⁴⁷.

Ce texte fixe la durée des études a « [...] deux années minimum ». On aurait pu interpréter cette disposition comme une porte ouverte vers une évolution prévisible de la durée de l'enseignement liée à celle des progrès de la science et de la médecine. L'histoire de la profession de masseur-kinésithérapeute montre qu'il n'en fut rien. Il faudra attendre près d'un quart de siècle pour que le corps médical accepte la mise en place d'une troisième année d'étude. À l'aube de la profession³⁴⁸, la durée des études pour obtenir le diplôme d'infirmier-masseur était de deux années. La première était une année de formation générale, la seconde étant consacrée à la formation spéciale en fonction du diplôme préparé. Les stages pratiques s'effectuaient sur une durée de 7 mois, dont 4 mois dans un service de médecine. Cette durée de deux années fut confirmée lorsque fut institué en 1943 le diplôme de masseur médical³⁴⁹. Les gymnastes médicaux suivent un cursus de formation de deux années après le brevet supérieur ou le baccalauréat³⁵⁰, depuis le décret du 12 août 1931 ayant transformé le Certificat d'Aptitude à l'Enseignement de la Gymnastique (créé en 1869) en Certificat d'Aptitude à l'Éducation Physique, auquel a été ajouté en 1933 s'est ajouté un degré supérieur³⁵¹. Cette durée de deux ans sera confirmée par le décret instituant le diplôme d'Etat de moniteur de gymnastique médicale.

³⁴⁷ Décret n°46-2862 du 27 novembre 1946 portant approbation du programme des études préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 08 décembre 1946, p.10445

³⁴⁸ Arrêté du 28 février 1924 pris en application du décret du 27 juin 1922, JORF du 29 février 1924, p.2093

³⁴⁹ Décret n° 243 du 9 février 1944 relatif à la délivrance du brevet de masseur médical pris en application de la loi du 15 janvier 1943 relative à l'exercice de la profession de masseur médical, JORF du 22 février 1944, p.559

³⁵⁰ Décret n° 2483 du 13 août 1942 instituant un diplôme de moniteur de gymnastique médicale, JORF du 21 août 1942, p. 2872

³⁵¹ ANDRIEU Gilbert, 'Une gymnastique sous ordonnance: De la campagne des hygiénistes (1886-1888) à la gymnastique corrective (IVe République), Annales de Kinésithérapie, 1996, t.23, n°4, pages 144-151 Masson, Paris, 1996 « Désormais formés en deux ans, à côté des médecins, les premiers tentent de se démarquer des autres auxiliaires médicaux: le professorat d'EP devient un diplôme de base et le passage par les IREP est exigé pour devenir membre titulaire, de même que 4 années d'enseignement dans les écoles et 3 années de gymnastique médicale sous le contrôle d'un médecin. Le décret du 31 juillet 1933 établit officiellement l'équivalence suivante : le CAEP devient la première partie du certificat d'aptitude au professorat de l'éducation physique. »

On aurait pu penser que la fusion de deux professions ayant chacune une durée d'études de deux années, dont le contenu était très différent aurait induit une durée de formation peut être pas de quatre années mais au moins de trois ans. Il n'en fut rien puisque malgré les demandes pressantes et maintes fois réitérées d'allonger la durée des études.

Il faudra attendre la rentrée scolaire de 1969 pour que la troisième année d'étude soit effective³⁵². Il faut voir dans le maintien de deux ans de scolarité le triomphe de la volonté du corps médical de maintenir en position subalterne les masseurs-kinésithérapeutes au détriment du souhait des représentants de l'Éducation nationale et de ceux des gymnastes médicaux qui vainement tentèrent d'imposer leurs vues sur le programme et l'évolution des études.

L'enseignement est dispensé à temps plein, à raison de 6 heures par jour réparties en 3 heures d'enseignement théorique et d'applications pratiques et trois heures de stages hospitaliers ou d'entraînement gymnique personnel. Les écoles étant libres d'aménager les horaires à la condition que le nombre minimum d'heures de travail effectif soit de 850 heures pour les cours théoriques et pratiques et de 16 mois pour les stages hospitaliers et l'entraînement gymnique.

Il nous semble intéressant de nous arrêter un instant sur cette curieuse obligation d'entraînement gymnique incluse dans le cursus scolaire. En préambule du décret, par deux fois il est fait référence à l'obligation faite aux futurs masseurs-kinésithérapeutes d'effectuer « [...] des stages hospitaliers ou d'entraînement gymnique personnel ». Les auteurs du programme d'étude ont-ils souhaités impulser aux futurs masseurs-kinésithérapeutes le concept qui se dégage du célèbre adage latin « *mens³⁵³ sana in corpore sano* » aphorisme de « *Orandum est, ut sit mens sana in corpore sano* »³⁵⁴ dans son sens premier, à savoir que l'homme sage ne doit demander que la santé de l'âme avec elle du corps « *Il faut prier afin d'obtenir un esprit sain dans un corps sain* » ? Le masseur-kinésithérapeute est par excellence le praticien du corps qui va par des techniques essentiellement manuelles tenter de remédier aux différentes lésions pouvant entraver la liberté des mouvements. Des traitements locaux

³⁵² Décret n°69-282 du 28 mars 1969 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 30 mars 1969, p. 3175

³⁵³ Mens, mentis, f. (rac. men.) faculté intellectuelle, intelligence, faculté intellectuelle de l'esprit. Sources Dictionnaire Gaffiot, latin français, 1934

³⁵⁴ JUVENAL, poète satirique romain de la fin du 1er siècle-début du 2ème siècle. Auteurs de nombreux textes satiriques dans lesquels il peint sans fards les travers de la société romaine de son époque. Ses textes ont été réunis en un ouvrage unique composé de Satires

seront associés à des prises en charge plus globales incluant les perturbations psychomotrices mais aussi l'incontournable constat que l'esprit est indissociable du corps.

Le programme officiel des études imposera cinq mois de stages gymniques durant la 1^{re} année.

À lire ces dispositions on peut avancer l'hypothèse qu'elles sont dues, vraisemblablement, à l'influence des gymnastes médicaux et des représentants de l'Éducation nationale mais on peut comprendre également que les masseurs aveugles aient souhaité un aménagement du programme des études et des épreuves du diplôme d'Etat.

Le décret fixe les règles de fonctionnement des écoles. S'il est précisé que les matières médicales (Anatomie, Physiologie et Sciences annexes, Pathologie médicale et chirurgicale, Psychologie) doivent être obligatoirement enseignées par des docteurs en médecine, aucune disposition n'est prévue en ce qui concerne l'enseignement du massage et de la gymnastique médicale, ce qui n'a rien d'étonnant dans la mesure où en 1946, les diplômes de masseur-kinésithérapeute moniteur et a fortiori celui de masseur-kinésithérapeute moniteur cadre chargé d'enseignement n'existent pas encore. Il est seulement précisé que si certaines écoles non spécialisées dans une partie du programme ne disposent pas de professeurs qualifiés pour en assurer l'enseignement, elles pourront se rapprocher d'une autre école pour combler cette lacune. Le bon fonctionnement des écoles et leur strict respect du programme des études seront régulièrement contrôlés par des membres du Conseil supérieur de la kinésithérapie qui pourront, le cas échéant, demander au ministère de la Santé publique le retrait de l'agrément d'une école qui ne remplirait pas les conditions exigées.

Le programme de la première année est constitué d'environ 400 heures d'enseignement théorique comprenant l'anatomie (100 heures), l'hygiène (2 heures), les notions médico-chirurgicales élémentaires (30 heures), la physiologie, la pédagogie et la déontologie (50 heures). L'enseignement du massage occupe 125 heures réparties entre théorie et pratique et enfin la technique gymnique générale (cinésiologie³⁵⁵) 100 heures scindée en une partie théorique et une partie pratique. Le régime des stages est constitué par 3 mois de stages hospitaliers et 5 mois de stages gymniques. Les stages hospitaliers sont des stages d'infirmerie « [...] destinés à mettre en contact les élèves avec les malades et leur permettre de mettre en application les notions de pratique hospitalière qui leur ont été enseignées

³⁵⁵ Cinésiologie : Science du mouvement dans ses rapports avec l'éducation, l'hygiène, et la thérapeutique, DELAMARE, dictionnaire abrégé des termes de médecine, 4ème édition, Maloine, Paris 2004

[...] ». Comme nous venons de l'évoquer, des stages gymniques sont inclus dans le cursus scolaire. Ils consistent en un « [...] *entraînement gymnique et sportif personnel des élèves au gymnase, sur le stade et à la piscine, avec obligatoirement pratique du massage hygiénique et sportif en fin de séance* [...] ». Curieuse disposition, qui à l'état brut, laisse la porte ouverte à toutes les interrogations.

Quelle était la finalité recherchée ? Les critères de choix des « terrains de stages » ? Qui assurait l'encadrement du stagiaire et comment ? Le texte ne précise pas quels sont les critères de choix des lieux de pratiques gymniques « [...] *au gymnase, sur le stade et à la piscine* [...] ». Une lecture sans exégèse du texte laisse à penser qu'il s'agit plus d'un entraînement individuel à la pratique individuelle du sport par les élèves que d'un enseignement à des techniques gymniques par le biais de cours collectifs sous le contrôle et l'encadrement de professeurs. Enseignement d'ailleurs prévu au programme puisqu'il est précisé quelques lignes auparavant, que la partie pratique de la technique gymnique générale (cinésiologie) consistera en un « [...] *enseignement des attitudes, mouvements et exercices utilisés en cinésithérapie*³⁵⁶*au moyen de démonstration et exécution devant les élèves par des spécialistes* [...] ».

Le programme de la deuxième année est constitué par un enseignement théorique et des stages pratiques. L'enseignement théorique est d'une durée de 425 heures, essentiellement axé sur la pathologie médicale et chirurgicale, la massothérapie ainsi que la gymnastique médicale et orthopédique et sera précédé d'un rappel d'anatomie et de physiologie (35 heures). L'enseignement de la pathologie médicale et chirurgicale comporte 50 heures de cours, étant précisé que « *Toutes les notions enseignées devront rester sommaires. Il ne s'agit pas de faire un cours complet de pathologie [mais] surtout de faire ressortir la place de [traitement kinésithérapique] celui-ci, ses indications et ses contre-indications* [...] ». Les cours de massothérapie, d'une durée de 170 heures, comportent toutes les applications du massage au traitement des affections chirurgicales, orthopédiques et médicales ainsi que les indications et applications de la mécano-thérapie, de l'hydrothérapie et de la thermothérapie. Ceux de gymnastique médicale et orthopédique balaient un vaste programme comprenant les différentes formes de gymnastique (orthopédique, respiratoire, maladies nerveuses et leurs séquelles), la rééducation des séquelles des affections des membres et des amputations ainsi

³⁵⁶ Cinésithérapie, terme désuet pouvant être défini comme un traitement par le mouvement. Peut être considéré comme synonyme de kinésithérapie (traitement agissant sur l'organisme en lui imprimant des mouvements actifs ou passages : massages, gymnastique, rééducation fonctionnelle, DELAMARE, dictionnaire abrégé des termes de médecine, 4ème édition, Maloine, Paris 2004)

que l'application de la kinésithérapie active aux affections respiratoires, cardio-vasculaires, digestives, gynécologiques, arthritiques, à l'obstétrique et in fine les affections mentales.

Vaste programme qui se devait d'être traité en une année à mi-temps puis que les stages devaient se dérouler sur une durée de 8 mois à raison de 15 heures par semaine, le matin. Dès l'origine, les représentants professionnels des masseurs-kinésithérapeutes ont alerté les pouvoirs publics et saisi le Conseil supérieur de la kinésithérapie sur la densité importante de ce programme et la nécessité d'augmenter la durée des études pour la porter à 3 ans.

Pour se convaincre de l'importance de ce programme, la Direction générale du ministère de la Santé publique avait adressé, aux directeurs des écoles de masso-kinésithérapie, une circulaire relative à l'application de ce programme dans laquelle l'accent était mis sur l'importance de relier en permanence les notions scientifiques enseignées à leur application clinique. Il était écrit que « [...] *La formation des élèves pourra être comparée à celle d'un enseignement professionnel supérieur dont les matières, empruntées aux sciences exactes, servent à former des ingénieurs techniciens* »³⁵⁷. D'un point de vue sémantique³⁵⁸, on remarquera que si, en matière de massage et de gymnastique médicale et orthopédique, référence est faite à l'application du massage au traitement des affections chirurgicales et orthopédiques et au traitement par le massage des affections médicales, en ce qui concerne la kinésithérapie active, il est simplement précisé « *application de la kinésithérapie active* » pour les affections respiratoires, cardio-vasculaires, digestives, gynécologiques arthritiques, à l'obstétrique et aux affections mentales, c'est-à-dire autant de domaines où à l'époque la médecine est encore impuissante et se contente, le plus souvent d'accompagner la maladie dans la mesure où aucun traitement réellement efficace n'existe.

Il faut aussi souligner que, si à l'époque l'accent est essentiellement mis sur les techniques masso-kinésithérapiques relatives à la traumatologie, la neurologie et la rhumatologie ce n'est pas un hasard car ce sont les « Trois Glorieuses » de la médecine, c'est-à-dire les trois disciplines où les progrès médicaux sont les plus avancés. Mais, il faut reconnaître qu'en incluant dans le programme des études les applications de la kinésithérapie active de manière exhaustive (affections respiratoires, cardio-vasculaires, digestives, gynécologiques, arthritiques, obstétriques et in fine les affections mentales) le CSK va permettre à des

³⁵⁷ Edouard Gisselbrecht, *Législation-Déontologie, Lois médico-Sociales et Morale Professionnelle*, édition à compte d'auteur, deuxième édition, Paris, 1955

³⁵⁸ Etude méthodique du langage considéré du point de vue du sens, théorie visant à rendre compte des phénomènes signifiants dans le langage, Dictionnaire Le Robert, Langue française, édition numérique, 2014

masseurs-kinésithérapeutes passionnés et désireux de faire progresser leur profession. Le plus souvent exerçant dans des services hospitaliers spécialisés, ils vont pouvoir mettre au point, avec les médecins spécialistes avec lesquels ils collaborent, des protocoles de rééducation performants.

Ces avancées techniques étant permises par les progrès de la physiologie, physiopathologie, de la pharmacologie, de la neuropharmacologie ainsi que du développement considérable de la technologie médicale. Ainsi apparaîtront précocement des techniques de rééducation en neurologie, en pneumologie, techniques basées sur le sens aigu d'observation de ces professionnels qui étaient avant tout des cliniciens et dont l'efficacité sera prouvée « par le terrain ». Puis, plus tardivement, car favorisées par les progrès de l'électronique médicale vont naître la rééducation uro-gynécologique, la rééducation vestibulaire, etc.

Une autre remarque mérite d'être faite au sujet des stages. En première année, le texte précise que les stages hospitaliers (d'infirmerie) seront d'une durée de 3 mois sans aucune précision concernant le volume horaire. En deuxième année, il s'agit désormais de stages hospitaliers techniques, d'une durée de 8 mois à raison de 15 heures par semaine (le matin), soit un total de 480 heures, qui auront lieu dans des consultations et services spécialisés, au cours desquels seront mises en application les différentes techniques de kinésithérapie active et passives et de rééducation fonctionnelle. Dans la mesure où à l'époque il n'existait pas de moniteur cadre en kinésithérapie et que dans l'organisation hospitalière l'encadrement était assuré par des infirmières, on peut s'interroger sur l'encadrement des stagiaires et la qualité de la transmission du savoir en matière de masso-kinésithérapie.

Enfin, on ne peut s'empêcher de s'interroger sur le silence abyssal de ces textes concernant il le régime des études des candidat (e) s aveugles. Dès la création de la première école de massage pour aveugle au tout début du XXème siècle, la volonté première des fondateurs fut de mettre en place une formation de qualité, assurée par des enseignants compétents tant en matière de massage que d'enseignement adapté (maîtrise de l'écriture braille, techniques de substitution à la cécité). L'enseignement étant réservé à des élèves ayant été l'objet d'une rigoureuse sélection basée sur des critères intellectuel, physique et psychique.

Dans la loi du 30 avril 1946, le législateur avait prévu des dispositions spécifiques pour les candidat (e) s aveugles : *« Il est créé un diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute qui sera délivré après des études préparatoires et des épreuves [...] Des modalités particulières seront prévues pour permettre aux candidats aveugles de s'y préparer et de s'y présenter dans des*

*conditions équivalentes à celles des voyants »*³⁵⁹ or, les premiers textes relatifs aux contenu des études préparatoires et des épreuves ne précisent pas expressément le contenu de ces modalités particulières voulues par le législateur.

La rigueur des critères de sélection en vigueur à l'école de masso-kinésithérapie de la fondation Valentin Haüy étaient-ils de mise dans les autres écoles pour aveugles ? Ce n'est pas certain puisque un examen probatoire pour les élèves aveugles va être institué par le décret du 5 octobre 1949³⁶⁰ modifiant l'article 5 du précédent décret. Cette épreuve dont les matières et modalités seront fixées ultérieurement par un arrêté ministériel se déroulera à l'issue du premier trimestre scolaire. Les candidats qui ne satisferont pas aux conditions de cet examen probatoire « *[seront] immédiatement licenciés et ne [pourront] entrer dans aucune autre école (voyants ou aveugles)* ».

La finalité envisagée semble être de procéder à une élimination définitive des candidats inaptes à la poursuite des études de masso-kinésithérapie. On peut penser que la raison de cette disposition tient au fait que pour les aveugles, l'enseignement est avant tout tactile. Hors, si les aveugles de naissance (indemnes de tout autre handicap) ont pu développer un sens du toucher exacerbé et ont bénéficié dès l'origine d'une éducation en braille qui leur permet de poursuivre des études grâce à cette acquisition fondamentale, il peut ne pas en être de même pour les malvoyants ou ceux qui sont devenus accidentellement aveugles. Un candidat ayant perdu la vue jeune développera plus facilement les compensations sensorielles qui vont lui permettre compenser son handicap majeur, s'adapter à ce nouvel environnement et poursuivre des études de masso-kinésithérapie mais pour certains candidats plus vieux cela sera très difficile voire impossible.

La brutalité de cette décision, privant définitivement les candidat(e)s éliminé(e)s de cette faculté d'intégration professionnelle ayant vraisemblablement ému les associations typhlophiles, paraît au Journal officiel du 13 août 1950 une nouvelle disposition³⁶¹ précisant que les candidats ne satisfaisant pas aux conditions de l'examen probatoire verront leur scolarité interrompue mais que ceux qui désirent persévérer dans leurs études devront se représenter à l'examen probatoire de l'année suivante. Curieuse disposition. On aurait pu

³⁵⁹ Article 2, loi 46-857 du 30 avril 1946

³⁶⁰ Décret n°49-1390 du 5 octobre 1949 modifiant l'article 5 du décret 49-1279 du 7 juillet 1947 relatif à l'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 08 octobre 1949, p. 10121

³⁶¹ Décret n° 50-972 du 7 août 1950 modifiant le décret n°47-1279 du 7 juillet 1947 modifié, relatif à l'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 13 août 1950, p. 8638

penser qu'il leur serait demandé de reprendre leurs études dès le début. Un autre choix a été fait, celui implicite de préparer, pendant un an, les épreuves de cet examen probatoire. Pour éviter cet écueil, l'école de masso-kinésithérapie de Clermont-Ferrand qui n'accueillait que des aveugles imposait une année préalable de préparation avant toute inscription à l'examen d'admission.

Les conditions d'accès à l'admission dans les écoles de masso-kinésithérapie n'évolueront que très peu pendant plusieurs dizaines d'années, et le plus souvent pour prendre en compte des circonstances extérieures réunissant toutes les conditions de la force majeure, à savoir, l'extériorité, l'irrésistibilité et l'imprévisibilité. Il en sera ainsi du décret du 21 janvier 1957³⁶² qui va instituer des mesures dérogatoires pour les candidats qui en raison des événements d'Afrique du Nord ont été maintenus ou rappelés pour être à la disposition des autorités militaires et qui seront affectés en Algérie pour plusieurs années.

On assiste également à une certaine ouverture des critères de sélection avec la prise en compte de la situation de famille des candidats ou de leur niveau d'études antérieures³⁶³ pour accorder des mesures dérogatoires, certes limitées à 4 mois maximum, en matière de conditions de dispense d'âge. Il en sera de même, quelques années plus tard, lorsque la situation du candidat par rapport à ses obligations militaires sera prise en compte. Une dispense plus importante, mais jamais supérieure à 8 mois, pourra être prise en la matière pour permettre au candidat de sexe masculin d'obtenir leur diplôme d'Etat avant d'être appelé sous les drapeaux³⁶⁴.

³⁶² Décret n°57-56 du 21 janvier 1957 instituant des mesures spéciales en faveur des candidats aux diplômes d'Etat de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, maintenus ou rappelés sous les drapeaux, JORF du 22 janvier 1957, p.

³⁶³ Arrêté du 8 juillet 1959 relatif à la réglementation des études en vue de la préparation aux diplômes d'Etat de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, article 2 alinéa 1er, JORF du 29 juillet 1959, p.934

³⁶⁴ Arrêté du 8 août 1960 réglementant les examens d'entrée dans les écoles de masseurs-kinésithérapeutes et de pédicures, , article 2, alinéa 2, JORF du 13 août 1960, p. 7595

Paragraphe 3 Le diplôme d'État

Ce n'est qu'à partir de la rentrée scolaire de l'année 1948 que deviennent effectives les nouvelles règles relatives aux études préparatoires au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. A titre anecdotique, il faut signaler qu'en 1946, une session d'examen fut spécialement organisée pour les candidats ayant des titres de guerre ou de résistance³⁶⁵.

Initialement déterminée par le décret du 27 novembre 1947, fixant le programme des études pour l'obtention du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, l'organisation de l'examen a été précisée par deux arrêtés publiés en 1948³⁶⁶ ainsi que par l'arrêté du 5 avril 1950 fixant les conditions et les épreuves de l'examen en vue de l'obtention du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

L'arrêté du 29 juillet 1953³⁶⁷, dont les dispositions entrèrent en vigueur au 1er janvier 1954, abrogeant les arrêtés du 3 avril 1950 et du 18 mai 1951³⁶⁸, va déterminer pour dix longues années les règles régissant l'organisation du diplôme d'État.

L'examen se déroule sous la responsabilité des directeurs départementaux de la santé de Paris, Lille, Bordeaux, Marseille, Clermont-Ferrand et Lyon. Chaque année, deux sessions sont organisées, la première, au début du mois de juin et pour les candidats ayant échoué à cette session, une seconde a lieu à Paris au mois d'octobre.

L'examen comporte des épreuves écrites constituées de quatre questions d'anatomie, deux questions de physiologie et de deux questions de pathologie pure, le texte précisant que toutes ces questions seront de « *moyenne importance* ». Que faut-il entendre par moyenne importance... Est-ce par rapport aux épreuves pratiques ? Ou bien considère-t-on qu'il n'est pas nécessaire que les masseurs-kinésithérapeutes disposent de connaissances étendues dans ces matières pour pouvoir exercer correctement leur profession ? Chaque question étant notée sur 10, le total général de ces épreuves est de 80. Seuls les candidats ayant au moins 40 points à l'écrit pourront se présenter aux épreuves pratiques. La durée des épreuves théoriques est fixée à 3 heures pour les masseurs voyants.

³⁶⁵ Arrêté du 13 décembre 1946, JORF du 20 décembre 1946,.

³⁶⁶ Arrêté du 26 avril 1948 organisant les examens du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF des 2 & 4 mai 1948, complété par l'arrêté du 4 novembre 1948, JORF du 13 novembre 1948

³⁶⁷ Arrêté du 29 juillet 1953 portant organisation des examens en vue de l'obtention du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF du 6 août 1953, p. 6937

³⁶⁸ Arrêté du 18 mai 1951 organisant à Lyon sessions d'examen du diplôme d'État (aveugles), JORF du 27 mai 1957

Pour les masseurs aveugles, il est accordé un bonus d'une heure pour ceux qui doivent rédiger en tapant à la machine, mais pour ceux qui écrivent à l'aide d'un poinçon la durée des épreuves est, comme pour les voyants, de 3 heures.

La partie pratique de l'examen est constituée de 4 épreuves. Une de massage médical, une de massage chirurgical avec mobilisation, une de rééducation fonctionnelle et une de gymnastique médicale. Chaque épreuve est notée sur 20 pour les voyants. Pour les aveugles, la première épreuve de massage médical est notée sur 30 et celle de gymnastique médicale est supprimée, ce qui fait que les masseurs aveugles seront notés sur 70 au lieu de 80 pour les voyants. Cependant, le texte précise que les candidats aveugles qui le désirent peuvent opter pour un examen normal.

Le texte recommande que ces épreuves pratiques soient effectuées sur des malades, préalablement examinés par le jury constitué par un médecin et un kinésithérapeute. Seuls les candidats ayant obtenus la moyenne aux épreuves pratiques, soit 40 point pour les voyants et 35 points pour les aveugles seront déclarés admissibles.

La troisième partie du diplôme d'Etat, est constituée par un oral comportant quatre épreuves notées sur 70. La première porte sur l'hygiène, la climatologie, l'hydrologie et l'hydrothérapie (notation sur 20), la seconde sur les notions élémentaires pratiques de morphologie normale et pathologique (10 points), la troisième a pour thème le massage et la kinésithérapie (20 points) enfin la dernière traite de la morale professionnelle, de la déontologie et de la législation de la profession et des lois sociales (20 points).

Le total général étant de 230 points pour les voyants et de 220 points pour les aveugles, seuls les candidats ayant obtenu la moyenne (115 points pour les voyants et 110 pour les aveugles) seront déclarés admis. In fine, le texte précise que dans la mesure où il existe une deuxième session d'examen « [...] *en aucun cas et sous aucun prétexte le jury ne peut relever les notes données [...]* ».

L'examen étant organisé sous le contrôle des autorités de tutelles, la composition du jury de chaque centre devra recevoir l'aval du Ministre de la santé publique. Pour chaque session, les directeurs d'écoles devront faire parvenir dans les délais impartis, le dossier complet de chaque candidat accompagné d'un timbre fiscal de 500 francs³⁶⁹, formalité dont sont

³⁶⁹ Compte tenu de l'inflation, on peut estimer que 500 francs de 1947 valent aujourd'hui, à quelques cents d'euros près, 26,085 euros, sachant que l'INSSE évalue à 0,05217 francs 1947 un euro. Sources Note d'information Insee du 01/02/2011 : Le pouvoir d'achat de l'euro et du franc (IPC) Coefficient de transformation de l'euro ou du franc d'une année en euro ou en franc d'une autre année.

dispensés les candidats aveugles ou amblyopes³⁷⁰ bénéficiaires de la loi du 2 août 1949 ainsi qu'un certificat de nationalité française de naissance, d'une éventuelle dispense d'âge et d'un extrait de casier judiciaire datant de moins de trois mois. Devra aussi être fourni, le certificat préfectoral attestant de la réussite à l'examen d'entrée ou la copie certifiée conforme du diplôme obtenu ayant valu dispense d'examen. Figureront également dans ce dossier, le relevé des notes obtenues au cours de la scolarité, les certificats de stages ainsi que tous les éléments prouvant que le candidat est indemne de toute affection contagieuse (certificats de vaccinations et d'un médecin phthisiologue qualifié).

In fine, ce texte modifie également les conditions d'obtention du diplôme d'Etat en permettant aux candidats ayant échoué aux deux sessions d'examen de redoubler la deuxième année d'étude, fixant ainsi à quatre tentatives maximum le nombre de présentation d'un candidat à l'examen du diplôme d'Etat.

La loi du 30 avril 1946 va organiser cette nouvelle profession qu'est la masso-kinésithérapie à l'image de celle des professions médicales à deux exceptions près. Les études ne seront pas universitaires et la profession ne sera pas dotée d'un Ordre professionnel. La raison en est fort simple, le corps médical ne veut pas que les masseurs-kinésithérapeutes puissent s'émanciper. En maintenant les études dans un système scolaire à finalité professionnelle, ils pourront continuer à maintenir les nouveaux professionnels sous leur coupe. Majoritaires au sein du CSK, instance représentative de la profession auprès des pouvoirs publics, ils vont s'évertuer, pendant près d'un quart de siècle à bloquer toutes les tentatives de réforme des études et du diplôme d'Etat qui seront proposées par les représentants professionnels. La profession évoluera à minima au gré des modifications par eux suggérées aux pouvoirs publics.

CHAPITRE III - DES REFORMES LIMITEES AU BON VOULOIR DU CORPS MEDICAL

Au cours des années 1960, les règles organisant le régime des études et les modalités du diplôme d'Etat vont subir quelques modifications non substantielles. Cependant, l'année 1963 peut être considérée comme une année « charnière » dans la mesure plusieurs textes réglementaires abrogeant les dispositions antérieures vont venir modifier le régime des études et des épreuves du diplôme d'Etat.

³⁷⁰ Amblyopie : diminution très importante de l'acuité visuelle sans lésion organique apparente

Paragraphe 1 1963 : les prémices en matière de réforme des études et des épreuves du diplôme d'Etat

L'année 1963 peut être considérée comme une année « charnière » dans la mesure où pour la première fois depuis plus de quinze ans, une certaine évolution se fait jour. Plusieurs textes réglementaires abrogeant les dispositions antérieures vont venir modifier le régime des études et des épreuves du diplôme d'Etat.

1. De nouvelles règles relatives aux études de masso-kinésithérapie

Les règles régissant l'admission dans les écoles préparatoires au diplôme d'Etat et le régime des études vont être fixées par l'arrêté du 5 avril 1963³⁷¹. A compter de la rentrée scolaire de l'année 1963, la limite d'âge minimum pour pouvoir effectuer les études préparant au diplôme d'Etat est fixée à 18 ans au moins dans l'année de l'entrée à l'école. Aucune dispense d'âge ne sera délivrée. Il n'y a plus de limite d'âge maximum³⁷². Le niveau scolaire exigé pour pouvoir prétendre effectuer les études préparatoires est le baccalauréat « [...] *Pour pouvoir être admis à effectuer les études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, les candidats doivent [...] être titulaires du baccalauréat* » ou avoir satisfait aux épreuves de l'examen d'aptitude organisée par les autorités sanitaires de chaque circonscription sanitaire.

Comme il est de coutume au principe sont accolées des exceptions. Des mesures dérogatoires permettent à un certain nombre de candidats d'être dispensé des épreuves de l'examen d'aptitude à l'admission dans les écoles de masso-kinésithérapie. En premier lieu, il s'agit des « [...] *personnes titulaires de tout diplôme admis en équivalence au baccalauréat par le ministre de l'éducation nationale [...]* ». Sont également concernées celles titulaires du diplôme de sage-femme, d'infirmière, de pédicure ou d'assistante sociale. La seconde catégorie de personnes pouvant prétendre bénéficier de ces mesures dérogatoires, après avis du CSK, sont les titulaires d'une autorisation d'exercice du massage ou de la gymnastique médicale ou bien les deux. Sont également concernés les titulaires d'un diplôme étranger reconnu équivalent au diplôme d'Etat français de masseur-kinésithérapeute.

³⁷¹ Arrêté du 5 avril 1963 relatif à l'admission dans les écoles préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, à l'examen de passage et aux dispenses de stages et de scolarité, JORF du 19 avril 1963, p. 3660

³⁷² Arrêté du 18 janvier 1978 Modification des articles 1er, 2, 25 et 26 de l'arrêté du 03 novembre 1970 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 22 janvier 1978, p. 683. L'article 2 de ce texte précise que les candidat(e)s devront être âgé(e)s de dix-huit ans « *dans l'année où ils se présentent* ».

L'examen d'admission est constitué d'une épreuve unique organisée au cours du deuxième trimestre de l'année scolaire, c'est-à-dire avant les épreuves du baccalauréat. C'est ce qui explique que beaucoup de masseurs-kinésithérapeutes formés à cette époque ne seront pas titulaires du baccalauréat. En effet, dès lors qu'ils avaient passé avec succès l'examen d'admission, bon nombre de candidats estimaient qu'il n'était plus nécessaire de se présenter au baccalauréat (avec un risque d'échec non négligeable, puisqu'en 1963 le taux de réussite était de 62,3%, à comparer aux 83,7 % en 2003 et 86,8% en 2013³⁷³).

A la traditionnelle épreuve de composition française (deux sujets au choix / 2 heures / notée sur 20 points, est ajoutée une épreuve de dictée avec explication de texte portant sur la dictée (1 heure 30 / notée sur 20 points dont 5 sont dévolus à l'épreuve de dictée). On peut s'apercevoir que le contrôle de l'orthographe qui était réalisé précédemment à partir de l'épreuve de composition française, fait désormais l'objet d'une épreuve spécifique. Cependant, ce contrôle est de moindre importance que par le passé, puisqu'il est sanctionné par une note de 5 points incluse dans une épreuve notée sur 20 où la majorité des points est attribuée à la qualité du raisonnement du candidat. Il n'est plus pénalisant de ne pas maîtriser correctement l'orthographe. Les matières des deux autres épreuves sont les sciences naturelles deux questions / 1 heures / 20 points) et physique-chimie (1 heure 30 / 20 points).

On peut remarquer que les règles relatives à l'inscription dans les écoles de masso-kinésithérapie sont moins strictes dans la mesure où les candidats ne sont plus obligés de poursuivre leurs études dans l'école située dans le ressort de la circonscription sanitaire de la DDAS ayant organisée l'examen d'aptitude auquel ils se sont inscrits. L'article 7 du décret précisant qu'à réception de leur attestation de réussite, ils peuvent désormais s'inscrire dans l'école de leur choix. Cependant, le contrôle de l'autorité de tutelle est maintenu, le directeur de chaque école devant soumettre pour approbation, à l'inspecteur divisionnaire de la santé territorialement compétent, la liste des élèves inscrits en 1^{ère} année.

A l'issue de la première année d'étude, pour pouvoir être inscrit en 2^{ème} année, il est écrit, sans plus de précisions, que les élèves doivent avoir accompli la scolarité, satisfait aux stages cliniques et, bien évidemment, avoir subi avec succès l'examen de passage, comportant des épreuves écrites et pratiques, organisé au plus tard le 1^{er} juillet de chaque année. Le président du jury d'examen est un médecin désigné par à l'inspecteur divisionnaire de la santé.

³⁷³ Sources, <http://educmath.ens-lyon.fr/Educmath/ressources/etudes/pierre-arnoux/duverney2>

Une deuxième session de rattrapage, ayant lieu dans le courant du mois de septembre, est prévue pour les candidats qu'une raison de force majeure a empêché de se présenter à l'examen. L'exigence de qualité est renforcée par l'article 9 qui interdit définitivement la poursuite des études aux élèves ayant échoués deux fois à l'examen de passage de 1^{ère} en 2^{ème} année

Comme par le passé, un certain nombre de dispenses de scolarité sont prévues. En la matière le seul changement apporté par ce texte est la possibilité, à titre transitoire, pour les personnes remplissant les conditions de titre ou d'examen qui ont régulièrement fait acte de candidature en 1962 et qui n'ont pas pu être admises dans une école en 1962-1963 d'obtenir le report de leur inscription en 1963 ou 1964. Cette mesure est la prise en compte, des événements dramatiques liés à la fin de la guerre d'Algérie³⁷⁴ qui vont empêcher un certain nombre de candidats désireux de poursuivre les études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute de pouvoir finaliser leur inscription.

En 1964³⁷⁵, les critères permettant de bénéficier d'une dispense partielle de scolarité vont être étendues aux « [...] personnes titulaires soit de deux inscriptions annuelles de médecine validées (ancien régime) ou de trois inscriptions annuelles de médecine validées (nouveau régime) ». Ces dernières seront dispensées de la première année d'études à condition qu'elles s'inscrivent en deuxième année au plus tard le 15 octobre de l'année scolaire. Elles seront également dispensées des épreuves de l'examen de passage.

Cette disposition est à comparer avec celle accordée aux titulaires du diplôme d'Etat de sage-femme, d'infirmier ou d'infirmière qui, pour pouvoir prétendre à être dispensés de la première année d'étude et s'inscrire en deuxième année devront avoir au préalable satisfait aux épreuves écrites de l'examen de passage.

Cette différence de traitement s'explique par les problèmes pratiques posés par la très difficile mise en oeuvre de la réforme des études médicales au début des années 1960³⁷⁶.

³⁷⁴ Pour fuir les exactions de tous bords, dès la fin du mois de mars et jusqu'au mois de mai 1962, 200 000 « pieds noirs » vont s'exiler. En juin de la même année, ce sont 355 000 nouveaux rapatriés qui arrivent en France, débarquant par avion ou par bateau. Ce mouvement s'amplifiera après le vote du 1er juillet 1962 consacrant l'indépendance de l'Algérie. A terme ce seront plus d'un million de rapatriés qui vont devoir s'intégrer à la société française métropolitaine.

³⁷⁵ Arrêté du 11 février 1964 relatif à l'admission dans les écoles préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, à l'examen de passage et aux dispenses de stages et de scolarité, JORF du 15 février 1964, p. 1622

³⁷⁶ Décret n° 63-875 du 24 août 1963 modifiant le décret n° 60-759 du 28 juillet 1960 portant réforme du régime des études et des examens en vue du doctorat de médecine, JORF du 28 août 1963, p. 7875

Antérieurement à cette réforme, pour pouvoir engager des études de médecine, il fallait le PCB³⁷⁷ (pour Physique, Chimie, Biologie) certificat délivré par les facultés de Science à l'issue d'une année d'étude qui constituait le point de passage obligé pour entreprendre de études de médecine. La suppression du PCB, remplacé en 1960 par le Certificat Préparatoire aux Etudes Médicales délivré, non plus par les facultés de sciences mais par celles de médecine a entraîné la multiplication brutale, par deux ou trois du nombre d'étudiants inscrits en première année de médecine. Le véritable engorgement des facultés de médecine, littéralement submergées par l'afflux de ces milliers d'étudiants en 1^{ère} année, a été la cause d'un taux d'échec important et indirectement à l'origine du numérus clausus mis en place, pour les études de médecine, en 1971³⁷⁸.

Encore une fois, les aveugles sont les grands oubliés de cet ersatz de réforme, les textes publiés en 1963 ne concernent que les voyants. Faut-il y voir une conséquence du conflit qui, au début des années 1960, oppose voyants et non-voyants sur l'opportunité de continuer à former des aveugles à la profession de masseur-kinésithérapeute ?

2. Les oubliés de la réforme : les masseurs-kinésithérapeutes aveugles

Cette controverse va inciter le ministère de la Santé Publique et de la Population à réunir, le 27 juin 1962, sous l'égide du CSK, une commission chargée d'étudier la compétence professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes aveugles. Louis Gallais qui est un des représentants des masseurs-kinésithérapeutes aveugles au sein du CSK a très bien relaté les débats³⁷⁹. Au cours de la réunion, vont s'affronter les partisans de chaque camp. D'un côté ceux qui estiment que les capacités des aveugles sont limitées, appuyant leur argumentation sur un certain nombre d'observations de la vie courante, de l'autre les typhlophiles qui fondent leur thèse sur un certain nombre de données chiffrées.

A la maladresse gestuelle des non-voyants, facteur de risque pour les malades, il est opposé des statistiques, notamment américaines, qui prouvent que dans les entreprises employant des aveugles le pourcentage d'accidents de travail est inférieur à celui des voyants. A l'argument qui consiste à dire que les masseurs-kinésithérapeutes aveugles sont dans l'impossibilité de contrôler l'exécution correcte des exercices de rééducation fonctionnelle, il est répondu que

³⁷⁷ Instauré en 1893 le PCN (Physique, Chimie, Sciences Naturelles) a été transformé en PCB en 1934 pour devenir en 1960 le CPEM (Certificat d'étude préparatoire aux études médicales)

³⁷⁸ Arrêté du 8 octobre 1971 portant organisation du premier cycle des études médicales, JORF du 09/10/1971

³⁷⁹ GALLAIS Louis, Membre du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie, Directeur de l'Enseignement à L'École de Masso-Kinésithérapie de l'Association Valentin HAÛY « la controverse pro et anti aveugles kinésithérapeutes », S'entend dans les mains

depuis des décennies, des aveugles enseignent avec brio la musique et que leur handicap ne leur interdit pas de corriger la gestuelle de leurs élèves. Un autre argument est avancé mettant en avant la négligence et la maladresse des masseurs-kinésithérapeutes non-voyants. Là encore les défenseurs de la cause des aveugles font valoir que depuis très longtemps les aveugles pratiquent divers métiers manuels nécessitant rigueur et précision (vannerie, petite menuiserie, facteur de pianos) et qu'il ne viendrait à l'esprit de personne de remettre en cause leur valeur. Pour ce qui est des masseurs-kinésithérapeutes aveugles, il est produit de très nombreux certificats de médecins, de directeurs de centres de rééducation qui attestent de la parfaite maîtrise des techniques de soins et de leur exécution. Il est aussi demandé aux membres du CSK de prendre en considération que le pourcentage d'échec des non-voyants à l'examen du diplôme d'Etat est inférieur à celui des voyants.

In fine, ce qui va définitivement si ce n'est clore cette controverse mais emporter la décision finale est l'avis des services sociaux. Ces derniers après avoir rappelé aux différents protagonistes que la rééducation des aveugles et leur reclassement professionnel sont régis par différents textes législatifs³⁸⁰ et qu'un examen médical et un test psychotechnique préalables à l'admission des aveugles au bénéfice de la rééducation professionnelle ont été rendus obligatoires par l'article 16 du décret n° 50-972 du 7 août 1950. L'école de Clermont-Ferrand exigeant même de ses élèves une année préparatoire avant l'admission proprement dite.

Il est également rappelé aux membres de la commission que le reclassement social des aveugles par le travail est relativement aisé, à la condition d'avoir bien cerné les capacités de chaque candidat et d'avoir pris en compte les difficultés et les inaptitudes liées leur infirmité. Le massage est, en France mais plus encore à l'étranger, une des rares professions où aveugles et voyants sont sur un strict même pied d'égalité avec son confrère clairvoyant, une circulaire du Ministre de la Santé Publique et de la Population ayant précisé que les masseurs aveugles sont « [...] *entièrement aptes à remplacer le personnel voyant dans les établissements hospitaliers [...]* ». En conclusion, il est demandé, compte-tenu de ces éléments, de prendre en compte les possibilités d'adaptation des étudiants, la réussite professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes aveugles en exercice, leur parfaite intégration sociale, les très larges possibilités d'embauche offertes par la profession donc de ne pas entraver ou interdire cette profession aux aveugles et malvoyants.

³⁸⁰ Articles 3 & 6 de l'Ordonnance du 3 juillet 1945 relative à la protection sociale des aveugles, JORF du 04/07/1945 ; Loi n°49-1094 du 2 août 1949 dite Cordonnier relative à l'aide aux aveugles et grands infirmes, JOFR du 06/08/1949 modifiée par le loi du 7 décembre 1949, JORF du 08/12/1949

Si l'avis des représentants a été déterminant dans ce débat, c'est que les frais de séjour des élèves, basés sur un prix de journée fixée par arrêté préfectoral, sont versés directement aux écoles par les différents organismes qui ne prendront en charge que les candidats ayant fait la preuve de leur capacité à suivre l'enseignement préparatoire au diplôme d'Etat, celles-ci devant fournir un relevé périodique de leurs notes aux bailleurs de fonds. Selon les cas, il pourra s'agir de l'Office National des Mutilés, Combattants, Victimes de Guerre et Pupilles de la Nation, des Caisses de Sécurité Sociale pour les mutilés du travail et invalides assurés sociaux ou bien d'allocations issues du budget de l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

L'année suivante un arrêté ministériel du mois de mai³⁸¹ viendra préciser les conditions exigées pour entreprendre des études de masso-kinésithérapie au sein d'une école préparatoire au diplôme d'Etat spécialisée pour recevoir les élèves aveugles. Les candidats doivent présenter une vision égale ou inférieure à un vingtième pour chaque œil ou être titulaire de la carte préfectorale d'autorisation de port de la « canne blanche »³⁸² ou bien présenter un taux d'invalidité d'au moins 80% pour la vision.

Pour les épreuves écrites, que ce soit celle de l'examen d'aptitude à l'admission des études préparatoires ou bien pour les épreuves de l'examen en vue de l'obtention du diplôme d'Etat, les candidats aveugles disposent de plusieurs possibilités pour rédiger. Ils peuvent, à leur choix, composer à l'aide d'un poinçon selon le système Braille³⁸³, soit à la machine à écrire. Ils peuvent aussi rédiger en Braille et transcrire ensuite à la machine à écrire. Il est prévu que, si le candidat n'a pu acquérir les connaissances nécessaires ou la pratique suffisante du

³⁸¹ Arrêté du 8 mai 1964 Modalités d'application du programme d'études et de l'examen du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute aux candidats aveugles, JORF du 10 mai 1964

³⁸² La canne blanche est une aide technique proposée aux personnes déficientes non-voyantes et aux personnes malvoyantes (sous certaines conditions). L'article 69 I & II de la loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, modifiant l'article R. 241-14 du code de l'action sociale et des familles (article 174 ancien du Code de la famille et de l'aide sociale en vigueur depuis le 28 janvier 1956), ordonne que « *La carte d'invalidité sera surchargée d'une mention "cécité" pour les personnes dont la vision centrale est nulle ou inférieure à un vingtième de la normale. La carte d'invalidité sera surchargée de la mention "canne blanche" pour les personnes dont la vision est au plus égale à un dixième de la normale. Les titulaires de cartes d'invalidité surchargées des mentions "cécité" ou "canne blanche" sont autorisés au port de la canne blanche. Toute personne faisant indûment usage de la canne blanche sera punie des peines prévues à l'article 173.* » Cette mention a été supprimée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF du 12/02/2005.

³⁸³ Louis Braille (1809-1852), devenu accidentellement aveugle très jeune, était âgé de 15 ans lorsqu'il a inventé un système universel d'écriture pour aveugles. Cet alphabet porte le nom de son inventeur. La cellule braille constitue la base du système braille. Elle est composée de six points numérotés en relief disposés en 2 colonnes de 3 points. Chaque point ou combinaison de points représente une lettre de l'alphabet. Pour écrire, l'aveugle un poinçon qui imprime en creux des points sur une feuille de papier retenue par une tablette métallique. Les points surélevés apparaissent ainsi au verso. La lecture se fait en passant la pulpe d'un doigt sur le papier ainsi gravé.. Sources : <http://www.cnib.ca/fr/>

système Braille, il pourra composer en dictant à un ou une secrétaire désigné à cet effet par l'inspecteur divisionnaire de la santé, président du jury d'examen. Pour assurer une équité parfaite, le dit secrétaire s'engagera sur l'honneur à ne pas aider le candidat et à transcrire fidèlement tout ce que ce dernier lui dictera. La durée des épreuves de l'examen d'admission est majorée pour les candidats aveugles. Pour l'épreuve de dissertation française, ceux qui tapent à la machine disposeront de deux heures quarante alors que les utilisateurs d'un poinçon bénéficieront de trois heures vingt. Il en sera de même pour l'épreuve de science naturelle dont la durée est augmentée de 25% pour les candidats tapant à la machine et de 66% pour ceux utilisant un poinçon. Prenant en compte la difficulté supplémentaire liée aux calculs nécessaires, la durée de l'épreuve de science physique est majorée de 33% pour ceux qui composent à l'aide d'une machine à écrire et de 88% pour les utilisateurs d'un poinçon. En ce qui concerne les épreuves écrites de l'examen au diplôme d'Etat la durée est majorée dans des proportions semblables.

3. Nouvelles modalités en matière de diplôme d'Etat

Un premier décret³⁸⁴, après avoir rappelé que, si la délivrance du diplôme d'Etat est de droit aux candidats de nationalité française ayant suivi l'intégralité du cursus scolaire et passé avec succès les épreuves de l'examen sanctionnant cet enseignement, précise que les personnes étrangères remplissant les conditions précitées ne pourront se voir remettre qu'une attestation de réussite ne valant pas diplôme d'Etat. Pour obtenir le précieux sésame, il leur faudra acquérir la nationalité française. Le texte précise que la durée des études est toujours fixée à deux années et que des dispenses totales ou partielles de scolarité sont prévues dans des conditions fixées par un arrêté du ministre de la santé publique à paraître. Mais, apparaît une disposition, mise en place en 1960³⁸⁵, énonçant qu' «[...] en outre un enseignement dans une ou plusieurs spécialisations est organisé selon les dispositions d'un arrêté pris dans les mêmes conditions [arrêté du ministre de la santé publique]» qui fera long feu. En effet, il s'agit d'une tentative de créer des « spécialités » en masso-kinésithérapie dans le but inavoué d'empêcher la création d'une troisième année d'étude. In fine, en abrogeant toutes les dispositions antérieures, ce texte supprime la possibilité de faire simultanément les études préparatoires aux diplômes d'Etat de masseur-kinésithérapeute et de pédicure.

³⁸⁴ Décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 03 avril 1963, p. 3182

³⁸⁵ cf. infra création de la spécialisation d'aide-dermatologiste, décret du 9 avril 1960 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-dermatologiste, JORF du 15 avril 1960, p. 3522

A compter de la rentrée scolaire de l'année 1963, l'examen institué en vue de l'obtention du diplôme d'Etat se déroulera désormais sous la forme d'épreuves écrites d'admissibilité et de deux épreuves d'admission, l'une orale et l'autre pratique dans les conditions fixées par un arrêté du ministre de la santé publique. Le programme des épreuves est toujours celui en vigueur depuis 1946. L'examen qui était précédemment organisé par les directions départementales de la santé de Paris, Lille, Bordeaux, Marseille, Clermont-Ferrand, Lyon, Nancy, Rennes et Alger³⁸⁶, le sera désormais «[...] dans chaque circonscription sanitaire où se trouvent une ou des écoles préparatoires par l'inspecteur divisionnaire de la santé »³⁸⁷. Deux sessions auront lieu en 1963 à des dates fixées par le préfet sur proposition de l'inspecteur divisionnaire de la santé, la deuxième session étant réservée aux candidats ayant échoué à la première session, sauf dérogation accordée par l'inspecteur divisionnaire de la santé aux candidats qui, pour des cas de force majeure, n'ont pu se présenter à la première session.

Les épreuves d'admissibilité sont composées, nous dit le texte, de deux séances de questions écrites. La première séance comprend quatre questions d'anatomie comportant obligatoirement au moins une question de myologie³⁸⁸ et une d'arthrologie³⁸⁹. La deuxième séance est constituée par deux questions de physiologie pure et deux questions de pathologie pure. Chaque question étant notée sur 10 points, le total général des points de ces épreuves écrites est de 80 points. Il faut donc avoir obtenu 40 points, i.e la moyenne pour être déclaré admissible. La notion de « *question de moyenne importance* » a disparu. La durée des épreuves est de trois heures pour les masseurs-voyants, quatre pour les masseurs-aveugles tapant à la machine et de cinq heures pour ceux écrivant au poinçon. Les sujets de l'examen sont choisis par le jury immédiatement avant le début des épreuves. On peut remarquer que, si cette mesure protège la confidentialité des sujets d'examen, elle peut être aussi source pour les candidats d'inégalité devant les épreuves de l'examen, la composition des différents jurys ainsi que leurs spécialisations professionnelles pouvant être une source de partialité.

³⁸⁶ L'Algérie a acquis son indépendance le 5 juillet 1962, à l'issue d'un conflit né en 1954. Le 18 mars 1962, les représentants de la France et du Gouvernement provisoire de la République algérienne, signent la Déclaration générale des deux délégations, plus connue sous l'appellation « accords d'Evian » qui fut approuvée à une très large majorité des votants de France métropolitaine lors du référendum du 8 avril 1962.

³⁸⁷ Arrêté du 22 mai 1963 fixant les conditions et épreuves applicables en 1963 à l'examen institué en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 25 mai 1963, p. 4759

³⁸⁸ Myologie : partie de l'anatomie qui étudie les muscles

³⁸⁹ Arthrologie : partie de l'anatomie qui traite des articulations

L'admission se compose d'une épreuve pratique (que l'on qualifierait aujourd'hui de mise en situation professionnelle) et d'une épreuve orale. La partie pratique comporte quatre épreuves (notées sur 20 points) se décomposant comme suit : une épreuve de massage médical, une de massage chirurgical comportant mobilisation, une technique de rééducation fonctionnelle et un exercice dirigé de gymnastique médicale. La note totale de ces épreuves est de 80 points pour les voyants et de 70 points pour les aveugles. Cependant, pour ceux-ci, il est prévu que l'épreuve de massage, toujours surcotée par rapport aux voyants, sera notée sur 30 points. L'épreuve de gymnastique médicale est supprimée pour les aveugles sauf manifestation contraire expressément formulé par le candidat qui, dès lors, la passera dans les conditions normales. Il est précisé que l'épreuve pratique doit toujours se faire sur des malades, ayant été préalablement examinés par le jury, ce dernier étant composé d'un binôme médecin - masseur-kinésithérapeute. Le candidat dispose d'un délai de réflexion de cinq minutes et doit remettre au jury, est-il précisé, « *le petit plan qu'il aura rédigé* ». La note définitive sera égale à la moyenne des notes attribuées par les deux membres du jury.

L'épreuve orale est constituée d'une question où sont regroupés diverses matières (hygiène, climatologie, hydrologie et hydrothérapie) notée sur 10 points et de trois autres questions notées sur 20 points, composées par une question sur les notions élémentaires pratiques de morphologie normale et pathologique, une de massage et kinésithérapie et enfin une portant sur la morale professionnelle, la déontologie, la législation de la profession et les lois sociales.

Pour être déclarés admis aux épreuves du diplôme d'Etat, les candidats doivent bien évidemment avoir obtenu la moyenne aux épreuves pratiques et orales. Les candidats sont autorisés à se présenter à quatre sessions, tout en n'étant pas astreints pour se représenter, à accomplir une nouvelle scolarité. Les candidats déclarés admissibles mais ayant échoués aux épreuves d'admission, conservent les points acquis pour la session suivante mais deux échecs consécutifs les obligeront à subir à nouveau la totalité des épreuves. Un quatrième échec est synonyme d'élimination définitive.

Quelques semaines plus tard, un nouveau texte³⁹⁰ pérennise les modalités d'organisation des épreuves du diplôme d'Etat, à la différence du précédent texte qui ne les avait fixées que pour l'année 1963. Il apporte également plusieurs modifications.

³⁹⁰ Arrêté du 19 juin 1963, fixant les conditions et épreuves de l'examen du diplôme d'Etat de masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 11 juillet 1963, p. 6276

Paragraphe 2 Une évolution conditionnée à celle de l'organisation de soins

1. Une évolution liée aux conséquences de la réforme hospitalière

Ce texte va apporter plusieurs modifications. La première est d'importance, et ce n'est pas par hasard qu'elle est exprimée en tout début de texte. L'article 1^{er} dispose que, dorénavant, les épreuves du diplôme d'Etat ne seront plus organisées « *dans chaque circonscription sanitaire où se trouvent une ou des écoles préparatoires par l'inspecteur divisionnaire de la santé* » mais dans une ville siège de faculté ou d'école nationale de médecine n'est pas anodine.

On pourrait y voir la volonté du corps médical de manifester une fois de plus son emprise et son omniprésence sur la kinésithérapie. En l'espèce, je pense que ce serait faire erreur. En fait, c'est la conséquence de la très importante réforme hospitalière de la fin de l'année 1958. Inspirée par Robert Debré³⁹¹, la réforme éponyme traduit la volonté des pouvoirs publics d'assurer une formation de qualité et un contrôle sérieux de cette formation au sein des centres hospitaliers universitaires nouvellement créés en dépit des multiples et très vives réticences du monde médical. Cette réforme a été mise en place à une période charnière de la vie politique française. Les ordonnances du 11 décembre ont été votées lors du dernier Conseil des ministres de l'année 1958, c'est-à-dire à la période charnière qui se situe entre la fin de la IV^{ème} République et l'avènement de la V^{ème} République marquée par la promulgation, le 4 octobre 1958, de la Constitution mais dont le Président (Charles de Gaulle, premier président de la V^{ème} République) n'est pas encore officiellement élu, puisque le scrutin ne sera organisé que le 21 décembre 1958³⁹².

Si cette réforme a pu aboutir, c'est parce que le Premier ministre de l'époque, Michel Debré³⁹³, fils du professeur Robert Debré mit toute sa détermination et toute son énergie en tant que Président du Comité interministériel pour faire aboutir cette réforme.

³⁹¹ DEBRE Robert (1882-1978), médecin français, considéré comme l'un des fondateurs de la pédiatrie moderne. Aussi discret qu'actif au sein de la résistance française pendant la seconde guerre mondiale, dès 1944, il va énoncer un certain nombre de propositions de réformes de l'hôpital public et des études de médecines qui se concrétiseront lorsque les trois ordonnances et un décret en date des 11 et 30 décembre 1958 créant, en outre, les centres hospitalo-universitaires (CHU) et les médecins à temps plein hospitalo-universitaires. Au sein de l'hôpital, les chefs de service seront désormais nommés conjointement par les ministres de la santé et de l'Education Nationale à partir d'un recrutement national commun.

³⁹² DHORDAIN Alexandre, Le CHU L'hôpital de tous les défis, décembre 2007, édition Privat, Toulouse

³⁹³ DEBRE Michel (1912-1996), homme d'Etat français, docteur en droit, maître des requêtes au Conseil d'Etat en 1934, commissaire de la République en 1945, il est à l'origine de la création de l'Ecole Nationale d'Administration (ENA), Garde des Sceaux et ministre de la Justice en 1958, principal inspirateur, avec le général De Gaulle, de la nouvelle Constitution, il est le premier chef de gouvernement à en fixer la pratique. Président du Comité interministériel en 1958. Sources : <http://www.gouvernement.fr/premier-ministre/biographie-michel-debre>

Désigné comme premier ministre de la V^{ème} république, il va user de son pouvoir et de son influence³⁹⁴ auprès du général De Gaulle pour mettre en application la réforme proposée par son père. Pour mémoire, à la fin de l'année 1958, l'organisation du système hospitalier va être complètement bouleversée. Trois ordonnances³⁹⁵ et un décret³⁹⁶ d'une importance capitale vont être promulgués. Au journal officiel du 12 décembre sont publiées les deux premières ordonnances en date du 11 décembre 1958. La première, n° 58-1198, porte réforme hospitalière. Elle est accompagnée du décret n° 58-1202 relatif aux hôpitaux et hospices publics qui instaure trois instances nationales à qui sont confiées les missions de concevoir la nouvelle politique hospitalière et le contrôle de sa mise en œuvre. La seconde, n°58-1199, est relative à la coordination des équipements sanitaires. Elle institue ce qui va apparaître comme une véritable révolution, c'est-à-dire la coordination des établissements de soins comportant une hospitalisation et en rendant obligatoire une déclaration préfectorale pour tous les établissements de santé privé qui se créent. Enfin, la troisième, n° 58-1370, du 30 décembre 1958 se voit confié la triple mission de créer les CHU³⁹⁷, réformer l'enseignement médical et assurer le développement de la recherche médicale³⁹⁸. En matière d'enseignement médical, l'ordonnance du 30 décembre 1958 institue un enseignement conjoint à l'hôpital et à la faculté aussi bien dans la formation initiale que post-universitaire, le texte prévoyant que cet enseignement pourra se faire aussi bien au sein des CHU et que dans les hôpitaux généraux.

Les études de masso-kinésithérapies vont elles aussi être « impactées » par cette réforme, l'article 2 de l'ordonnance n° 58-1373 disposant que « *Les centres hospitaliers et universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et post-universitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et les enseignements paramédicaux* ».

³⁹⁴ DE GAULLE Charles, Mémoires d'espoir« Comme il est bon que les idées et l'action du chef de l'Etat soient complétées, soutenues, et même quelque fois compensées par une initiative, une capacité, une volonté autres que la sienne. Il faut que le Premier ministre affirme sa volonté. Michel Debré le fait vigoureusement » sources <http://www.gouvernement.fr/premier-ministre/biographie-michel-debre>

³⁹⁵ Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière ; Ordonnance n° 58-1199 du 11 décembre 1958 relative à la coordination des établissements de soins comportant hospitalisation, JORF du 12/12/1958

³⁹⁶ Décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics, JORF du 12/12/1958

³⁹⁷ CHU : Centre Hospitalier Universitaire

³⁹⁸ CLEMENT Jean-Marie, Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours, mai 2007, Les Etudes Hospitalières

La deuxième modification concerne la réelle prise en compte des stages hospitaliers. Pour pouvoir se présenter aux épreuves du diplôme d'Etat, deux conditions cumulatives sont imposées aux candidats. Il leur faut, précise le texte, avoir suivi régulièrement l'enseignement préparatoire dans une école agréée (sauf le cas de dispense accordée par le ministre de la santé publique) et obtenu la validation de tous les stages hospitaliers sauf cas de dispense (accordée également par le ministre de la santé publique) ou de report de stage (autorisé par l'inspecteur divisionnaire de la santé) sans que ce report de stage ne puisse excéder deux mois. Pour être validé, un stage doit avoir obtenu une note égale ou supérieure à 7 sur 20.

Le troisième changement est l'abandon de la référence aux programmes des études de 1946. Dorénavant, « *l'examen porte sur l'ensemble du programme fixé pour les deux années d'études préparatoires* ». Les épreuves écrites d'admissibilité voient leur contenu être précisé. La notion de deux séances comportant pour la première quatre questions d'anatomie et pour la seconde deux questions de physiologie pure et de pathologie pure est supprimée. En matière d'anatomie, le précédent texte ordonnait que deux des quatre questions portent obligatoirement sur la myologie et l'arthrologie. Désormais, l'épreuve d'anatomie est d'une durée de deux heures, notée sur 40 points portant sur quatre questions, dont obligatoirement une de myologie, une d'arthrologie et une question de morphologie³⁹⁹ et de biotypologie⁴⁰⁰. L'épreuve de physiologie, composée de deux questions, sera d'une durée d'une heure trente et notée sur 30 points. Il nous faut souligner une innovation avec l'apparition d'une épreuve écrite de pathologie et de technologie d'une durée d'une heure, notée sur 20 points portant sur deux questions. Enfin, la législation et la déontologie qui, précédemment, faisaient parties des questions orales des épreuves d'admissions font désormais l'objet d'une ou deux questions écrites des épreuves d'admissibilité (durée une heure, notée sur 10 points). Il est précisé que la note zéro à l'une des quatre épreuves écrites est éliminatoire.

L'épreuve d'admission voit son organisation simplifiée. A l'épreuve pratique constituée de quatre items (massage médical, massage chirurgical, technique de rééducation, exercice dirigé de gymnastique médicale) à laquelle venait s'ajouter une épreuve orale composée de quatre questions (hygiène – climatologie – hydrologie – hydrothérapie, notions élémentaires pratiques de morphologie normale et pathologique, massage et kinésithérapie, morale

³⁹⁹ Étude de la configuration et de la structure externe. Source : Dictionnaire Le Grand Robert, Langue Française, édition numérique, 2014.

⁴⁰⁰ Science qui tente d'établir une typologie humaine dans un groupe ethnique d'après les types physiques (anatomie, physiologie) liés à des tendances psychologiques. La biotypologie utilise à la fois les données de l'anthropologie et de la psychométrie (on dit aussi typologie); elle classe les individus en biotypes. Source : Dictionnaire Le Grand Robert, Langue Française, édition numérique, 2014.

professionnelle – déontologie – législation professionnelle) se substitue une épreuve pratique, consistant en l'exécution par le candidat, sur prescription du jury, d'une technique masso-kinésithérapique sur un malade donné et, à l'issue de celle-ci, une épreuve orale au cours de laquelle le candidat sera interrogée sur la technologie, l'hygiène, la psychologie et la pédagogie. La durée totale de ces deux épreuves ne peut pas dépasser trente minutes pour chaque candidat. Là encore, la note zéro à l'une des deux épreuves est éliminatoire.

2. Une évolution liée aux nouvelles compétences des masseurs-kinésithérapeutes

Le contenu des épreuves de l'examen du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute a pris de la consistance ! C'est la reconnaissance d'un programme d'études qui lui aussi s'est étoffé au fil des années notamment pour permettre aux futurs professionnels de pouvoir exécuter, l'intégralité des actes prévus par la NGAP⁴⁰¹. Que ce soit sur la forme ou bien sur le fond, ces dispositions marquent une évolution significative dans la prise en compte de l'évolution du métier pratiqué par les masseurs-kinésithérapeutes dont l'arsenal thérapeutique initialement limité au massage, aux mobilisations passives et actives de la rééducation en traumatologie et en neurologie a considérablement évolué s'ouvrant à de nouveaux domaines (rhumatologie, pneumologie, etc.) dans lesquels de nouvelles techniques sont apparues (physiothérapie, méthodes globales, etc.)

Initialement, la liste des actes médicaux pouvant être pratiqués « [...] *sur prescription quantitative et qualitative du médecin mais sans la présence de celui-ci* [...] » par les masseurs-kinésithérapeutes étaient ténues. Ils pouvaient simplement pratiquer les massages simples « [...] *à l'exclusion de tout massage gynécologique et de tout massage prostatique* [...] »⁴⁰², la mobilisation manuelle et la mécanothérapie⁴⁰³. Aucun acte de physiothérapie ne leur était autorisé hors la présence d'un médecin pouvant assurer un contrôle direct et intervenir à tout moment. En 1956⁴⁰⁴, vont venir s'ajouter les bains simples ou médicamenteux, douches médicales et enveloppements mais surtout la gymnastique

⁴⁰¹ NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

⁴⁰² Arrêté du 31 décembre 1947 relatif aux actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié, JORF du 09 janvier 1948, p. 274

⁴⁰³ Mécanothérapie : Traitement des maladies par des appareils mécaniques exerçant le corps à certains mouvements. Dictionnaire Le Grand Robert de la langue française, édition numérique 2014

⁴⁰⁴ Arrêté du 18 juillet 1956 modifiant et complétant l'arrêté du 31 décembre 1947 relatif aux actes professionnels des auxiliaires médicaux, JORF du 1er août 1956, p. 7237

médicale, l'application de rayons infra-rouges à ondes longues par résistance visible ou lampe en compléments des massages ainsi que la rééducation fonctionnelle.

Le temps passant les actes thérapeutiques que vont être autorisés à pratiquer les masseurs-kinésithérapeutes va prendre de la consistance. Au début des années 1960, plusieurs textes vont faire évoluer la situation.

L'arrêté du 21 décembre 1960⁴⁰⁵ en abrogeant les dispositions antérieures va redéfinir le cadre d'intervention des auxiliaires médicaux en général et des masseurs-kinésithérapeutes en particulier et va s'avérer être d'une importance capitale. Sa rédaction dénote par rapport aux précédents en la matière. Alors que les arrêtés antérieurs listaient prioritairement les actes thérapeutiques dont la pratique était autorisée aux auxiliaires médicaux qualifiés, ne précisant qu'in fine ce qui leur était permis avec restriction (la présence effective du médecin traitant) ou bien interdit, l'arrêté du 21 décembre 1960 commence par définir ce qui est strictement interdit pour énumérer, secondairement, ce qui est autorisé avec restrictions aux auxiliaires médicaux (la présence d'un médecin qui n'est plus nécessairement le médecin traitant) et finir par ce qui leur est autorisé (sur prescription quantitative et qualitative). La liberté a des limites! D'emblée, il est précisé ce que seuls les docteurs en médecine ont le droit de pratiquer conformément à l'article L.372 du Code de la santé publique⁴⁰⁶.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, ce texte va conditionner, comme nous le verrons dans la deuxième partie de ce document, l'évolution de la profession dans sa composante thérapie manuelle. En effet, l'article 2^{ème} réserve exclusivement aux médecins « *Toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie* ». Il interdit également aux non médecins « *Tout acte de physiothérapie aboutissant à la destruction si limitée soit-elle des téguments, et notamment la cryothérapie, l'électrolyse, [...]* ». Ensuite sont énoncés les actes autorisés sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, pouvant contrôler et intervenir à tout moment. Comme par le passé, il s'agit essentiellement des actes de physiothérapie. Mais, dans cette liste apparaît une nouveauté. Désormais les élongations

⁴⁰⁵ Arrêté du 21 décembre 1960 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux, JORF du 28 décembre 1960, p. 11954

⁴⁰⁶ Ancien code de la santé publique, article L372 relatif à l'exercice illégal des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme

vertébrales par tractions mécaniques intègrent (avec restriction certes) l'arsenal thérapeutique du masseur-kinésithérapeute.

In fine, est établie la liste limitative des actes médicaux pouvant être exécutés hors de la présence d'un médecin, mais toujours sur prescription quantitative et qualitative, par les auxiliaires médicaux qualifiés⁴⁰⁷. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la liste reprend les actes qui leur étaient autorisés auparavant en ajoutant quelques précisions comme la mobilisation manuelle des segments de membre (à l'exclusion des manœuvres de force) et les postures associées à la gymnastique médicale.

En 1962⁴⁰⁸, d'autres modifications vont apparaître. Si certaines n'ont qu'une importance relative, comme par exemple la mise en jeu manuelle ou électrique des élongations vertébrales par tractions mécaniques, gestes autorisés aux masseurs-kinésithérapeutes sous le contrôle direct d'un médecin, d'autres, par contre, reconnaissent aux masseurs-kinésithérapeutes la pratique de nouvelles techniques de soins. Il en est ainsi de l'élargissement du champ de la physiothérapie par l'utilisation des courants de moyenne et basse fréquence⁴⁰⁹. Lorsqu'on se livre à une étude comparative des nouveaux textes régissant, à l'aube des années 1960, la profession de masseur-kinésithérapeute on s'aperçoit que, par petites touches successives, les pouvoirs publics, avec l'aval du corps médical, procèdent à un toilettage qui progressivement dessine les contours futurs de la profession. Certaines techniques initialement dévolues aux auxiliaires médicaux tombent en désuétude voir disparaissent (hydrothérapie, climatologie, etc.) remplacées par d'autres (élargissement du champ de la physiothérapie). Enfin, par les textes est reconnue l'importance de la dimension psychologique et pédagogique nécessaire à la réussite d'un traitement masso-kinésithérapique.

⁴⁰⁷ Il faut, également, souligner qu'apparaissent la rééducation orthoptique, la rééducation de la parole et du langage, la correction des troubles de l'audition par appareil de prothèse auditive ainsi que l'audiométrie tonale et vocale (prise d'un audiogramme), ce qui préfigure l'évolution des professions d'auxiliaires médicaux avec l'apparition de nouvelles professions (orthoptiste, orthophoniste, audio-prothésiste).

⁴⁰⁸ Arrêté du 6 janvier 1962 modifiant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins, JORF du 1er février 1962, p. 1111

⁴⁰⁹ En rééducation, les courants qualifiés de basse fréquence (inférieurs à 1000 Hertz) sont utilisés pour provoquer des contractions involontaires des muscles dans un but thérapeutique ou sportif. Les courants dits de moyenne fréquence (entre 1000 et 10 000 hertz) sont le plus souvent utilisés sous différentes formes dans un but antalgique. Sources : C.-F. Roques, Agents physiques antalgiques, Données cliniques actuelles, Annales de réadaptation et de médecine physique n° 46, 2003

3. Une évolution liée à la création de la spécialité de médecine physique

La rééducation et la réadaptation fonctionnelle représentant un marché important qui ne cesse de progresser que les médecins ne souhaitent pas voir leur échapper et comme ils restent déterminés à ne pas lâcher ne serait-ce qu'une once de la domination sans partage qu'ils exercent sur les masseurs-kinésithérapeutes, ils vont tout faire pour « verrouiller » ce secteur en créant la nouvelle spécialisation de médecine physique.

Dès la fin de la Seconde Guerre mondiale, l'émergence de la Sécurité sociale a permis une solvabilisation des bénéficiaires de ces soins longs et coûteux⁴¹⁰ et une politique volontariste de réinsertion de certaines catégories de personnes handicapées a été initiée. Les premiers concernés sont les aveugles, l'ordonnance du 3 juillet 1945⁴¹¹ posant les principes de leur réadaptation, de leur rééducation professionnelle et de l'assistance par le travail. Ces dispositions vont être élargies à l'ensemble des infirmes ayant 80 % d'invalidité par la loi du 2 août 1949⁴¹², dite loi Cordonnier qui va instituer une protection sociale pour les aveugles et pour les grands infirmes civils.

En 1950, un décret⁴¹³ impose aux établissements hospitaliers de s'attacher les services d'un « *technicien chargé d'examiner dès que l'état de santé de l'infirmes le permet, s'il est susceptible de recouvrer une activité professionnelle, afin que la rééducation puisse être entreprise aussitôt que possible. À défaut d'un service propre l'hôpital satisfera à l'obligation du 1^{er} alinéa en dirigeant l'infirmes vers un établissement hospitalier équipé en vue de la*

⁴¹⁰ Loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, JORF du 31 octobre 1946, p. 9273 ; Décret n° 46-2959 du 31 décembre 1946 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents de travail et des maladies professionnelles, titre IV « Soins-Réadaptation professionnelle- Rééducation professionnelle - Reclassement », JORF du 1er janvier 1947, p. 19

⁴¹¹ Ordonnance n°45-1463 du 3 juillet 1945 Protection sociale des aveugles, JORF du 4 juillet 1945, p. 4059

⁴¹² Loi n°49-1094 du 2 août 1949 dite Cordonnier relative à l'aide aux aveugles et grands infirmes, JORF du 6 août 1949. L'initiateur de cette loi sociale est monsieur CORDONNIER Denis (1893-1952), médecin, ayant opté pour le médecine sociale, il va être confronté à la misère humaine et aux conséquences ravageuses de l'alcoolisme. Député socialiste du Nord (1946 -1952), membre de la Commission de la famille, de la population et de la santé publique durant les deux Assemblées nationales Constituantes, il s'intéresse essentiellement aux questions de santé publique. Il sera l'auteur de plus de 105 propositions de loi, de résolution (création d'un fichier sanitaire et social de la prostitution (13 mars et 4 avril 1946), dépistage et de la déclaration des cas de tuberculose pulmonaire (11 juillet, 8 août et 18 septembre 1946), la lutte contre l'alcoolisme (3 octobre 1946) et enfin le sort des aveugles et grands infirmes auxquels il souhaite assurer un minimum vital (30 juillet et 28 août 1946). 1946, etc.).

⁴¹³ Décret n°50-134 du 30 janvier 1950 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 2 août 1949 instituant une aide aux aveugles et grands infirmes, titre III, Réadaptation fonctionnelle et rééducation professionnelle, article 15 JORF du 31 janvier 1950

réadaptation fonctionnelle ou en passant un accord avec un centre public ou privé spécialisé à cet effet ». En 1953, l'arrêté du 29 septembre⁴¹⁴ fixe les conditions d'ouverture des centres de réadaptation prévus par l'article 15 du décret n° 50-134 du 30 janvier 1950. Il est notamment précisé (article 5) qu'en fonction du nombre des malades et de la nature des syndromes traités, en matière de personnel médical et paramédical, les effectifs minimums devront être d'un médecin chef assisté d'un médecin par fraction de 55 malades, d'un rééducateur physiothérapeute pour 10 malades et d'un ergothérapeute pour 20 malades.

Au sujet de ce texte, une double remarque s'impose. Ce texte publié au début de la moitié du XX^e siècle emploie le mot de « physiothérapeute » qui est la terminologie internationale des rééducateurs en lieu et place de « masseur-kinésithérapeute ». D'autre part, et à ma connaissance c'est une grande première, le texte impose la présence d'ergothérapeute, profession qui n'existe pas en France à cette époque-là et qui ne verra officiellement le jour qu'en 1970⁴¹⁵ !

Le décret du 29 novembre 1953⁴¹⁶ étend le dispositif de la loi Cordonnier aux infirmes dont le taux d'invalidité est inférieur à 80 % et crée des commissions départementales d'orientation des infirmes permettant la possibilité d'une rééducation professionnelle en cas d'impossibilité d'aptitude au travail⁴¹⁷. Les masseurs-kinésithérapeutes, forts des résultats obtenus lors de la prise en charge des blessés et mutilés de la Grande Guerre, vont tenter d'investir ce secteur d'activité en pleine croissance en se présentant auprès des Pouvoirs publics comme les seuls professionnels détenteurs des compétences professionnelles nécessaires pour assurer la prise en charge des handicapés aux côtés des médecins. Pour la profession c'est aussi une opportunité d'emplois nouveaux offerte aux nouveaux diplômés. Lors du 5^e congrès international de la kinésithérapie qui se déroule à Paris au mois de septembre 1950, auquel participent les représentants de 20 nations, la profession va réclamer l'ouverture de services

⁴¹⁴ Arrêté du 29 septembre 1953 Ouverture d'un centre de réadaptation fonctionnelle, JORF du 9 octobre 1953

⁴¹⁵ Décret n°70-1042 du 6 novembre 1970 portant création d'un diplôme d'Etat d'ergothérapeute, JORF du 10 novembre 1970, p. 10417. L'ergothérapie est un concept anglo-saxon appelé « occupational therapy ». Cette une forme de thérapie utilisant un outillage varié et moult activités artisanales (poterie, vannerie, menuiserie, etc.) est pratiqué sous la conduite de moniteurs « occupational therapeute » en dehors des heures de rééducation fonctionnelle.

⁴¹⁶ Loi n°49-1094 du 2 août 1949 dite Cordonnier relative à l'aide aux aveugles et grands infirmes, JORF du 06 août 1949, p. 7714

⁴¹⁷ Décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance, JORF du 03 décembre 1953, p. 10759 ; Décret n°54-883 du 2 septembre 1954 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance. JORF du 10 septembre 1954, p. 8743

de masso-kinésithérapie dans tous les établissements hospitaliers et la création de nouveaux centres de réadaptation⁴¹⁸.

Mais, à la même époque, quelques médecins français participer particulièrement sensibilisés à la prise en charge des handicapés, s'appuyant sur ce qui se fait au niveau international⁴¹⁹ vont se regrouper et fonder la Société nationale de rééducation fonctionnelle et de réadaptation. L'objectif recherché est double : organiser le champ des applications au sein des différentes disciplines médicales et obtenir la création d'un diplôme spécifique. Ils n'y parviendront que difficilement car les spécialités médicales ne sont reconnues que depuis peu.

Avant le début de la 2^e guerre mondiale, l'exercice médical est majoritairement libéral, individuel, largement autonome et essentiellement urbain. Dès le début des années 1950 un mouvement de médicalisation de l'ensemble du territoire national s'amorce lié à l'évolution de la législation sociale et de la Sécurité sociale. Les médecins généralistes voient leur nombre augmenter mais cessent d'être la référence unique en matière de pratique médicale. L'exercice spécialisé, au départ exclusivement citadin, devient un nouveau mode d'exercice libéral.

Il en est de même en secteur salarié hospitalier, où la réforme hospitalière de 1958 va accentuer le phénomène⁴²⁰. La spécialisation en médecine, processus évolutif qui accompagne le progrès des connaissances et des techniques d'investigation⁴²¹, n'a été codifiée qu'à partir de 1949⁴²². À compter de cette date, le médecin spécialiste est distingué du médecin

⁴¹⁸ MONET Jacques, Prolégomènes « La kinésithérapie, une spécialité médicale impossible ? » Le métier de kinésithérapeute : une approche socio-historique, Le livre vers... de la masso-kinésithérapie, CNOMK, juin 2011

⁴¹⁹ Wirotius JM. Histoire de la rééducation. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Elsevier, Paris, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-005-A-10, 1999. En 1950 a été créée la Fédération internationale de médecine physique et en 1954 la Fédération européenne de médecine physique,

⁴²⁰ SAFON Marie-Odile, Historique des réformes hospitalières en France, Historique des réformes hospitalières en France, IRDES, 2011 ; Au mois de mai 1958, le premier gouvernement de la Vème République légiférant par ordonnances en vertu des pouvoirs délégués par le Parlement dans une période d'exception, va adapter les structures juridiques de l'hôpital au considérable effort financier imposé par cette ambitieuse réforme. Trois ordonnances quasi-simultanées vont constituer les fondements de la réforme hospitalière qui va créer, en outre, les Centres Hospitaliers régionaux Universitaires (CHRU) nés de la fusion des Centres hospitaliers régionaux et de la Faculté de médecine ce qui permettra d'assurer aux médecins-professeurs un travail à temps plein partagé entre exercice hospitalier et enseignement. parmi ces Ordonnances deux concernent directement le sujet traité. Il s'agit de l'Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière (JORF du 12 décembre 1958) et de l'Ordonnance n° 58-1370 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, réforme de l'enseignement médical et développement de la recherche médicale, JORF du 31 décembre 1958

⁴²¹ Académie de médecine, « Les formations médicales spécialisées en France », Bull. Acad. Natle Méd., 2010, 194, no 1, 123-139, séance du 19 janvier 2010, <http://www.academie-medecine.fr/publication100036112/>

⁴²² Arrêté du 6 octobre 1949 établissant des listes de médecins spécialistes et compétents en application de l'article 11 du code de déontologie médicale, JORF du 12 octobre 1949, p. 10314

compétent jusqu'alors reconnu par sa notoriété et son expérience. Ce phénomène va s'intensifier en moins de 10 ans. Alors que les médecins exerçant à la fin de la guerre ou qui ont été diplômés peu après s'installaient comme généralistes et pour quelques-uns d'entre eux se spécialisaient ensuite, la tendance va être l'inscription de beaucoup aux nouveaux certificats de spécialité qui leur permettra d'acquérir leurs titres de spécialistes⁴²³.

Les médecins qui se sont spécialisés dans ce domaine de la rééducation sont en train d'organiser, non sans mal, leur spécialité dite de « médecine physique » car la pluralité de courants issue de la mouvance de la segmentation médicale rend la tâche malaisée.

En 1952, à l'instigation du Professeur Pierre Joannon (professeur d'hygiène et d'Hydrologie à la Faculté de médecine de Paris), des docteurs Marcelle Peillon-Dinischiotu (électrologie médicale et thermalisme) et Yvonne Legrand-Lambling (chirurgie infantile et orthopédique) est créée la Société de Médecine Physique. Parmi les soixante premiers membres on retrouve des neurologues dont certains se sont spécialisés en électromyographie, des rhumatologues hospitaliers mais aussi d'autres formés aux techniques de médecine manuelle orthopédique en Angleterre, des chirurgiens orthopédistes parmi lesquels se trouvent des chirurgiens orthopédistes pédiatriques, des pneumologues, des médecins thermalistes, des médecins-kinésithérapeutes (Docteur Boris Dolto)⁴²⁴. Pour assurer la défense de cette discipline naissante mais contestée par beaucoup, notamment le Conseil national de l'Ordre des médecins⁴²⁵, naît le 19 janvier 1956 le syndicat français de médecine physique⁴²⁶.

En 1959, la création de services de rééducation fonctionnelle dans tous les centres hospitaliers régionaux devient obligatoire⁴²⁷ exauçant ainsi les vœux des masseurs-kinésithérapeutes mais aussi ceux des médecins spécialisés en médecine physique.

⁴²³ SCHWEYER François-Xavier, Histoire et démographie médicales, Les médecins aujourd'hui en France, Actualité et dossier en santé publique n° 32, Haut Conseil en Santé Publique, septembre 2000

⁴²⁴ Frattini Marie-Odile, Dynamique de constitution d'une spécialité médicale fragile : La médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelle en France entre médecine et politique, Mémoire de Master 2 : Santé, Population, Politique sociales, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Septembre 2008

⁴²⁵ Cf. supra. A cette époque, le Conseil national de l'Ordre des médecins souhaite rester fidèle aux principes généraux de la qualification et est opposé au mouvement de spécialisation de l'exercice médical. Il prône le nécessaire maintien de l'intégrité des prérogatives attachées au diplôme de Docteur en médecine.

⁴²⁶ Docteurs BARDOT André & MACOUIN Antoine, Naissance et développement d'un syndicat, le SYFMER fête ses 50 ans, <http://www.syfmer.org/>

⁴²⁷ Décret n°59-957 du 3 août 1959 relatif au classement des hôpitaux et hospices publics, article 2 « Tout centre hospitalier régional doit posséder [...] un ou plusieurs services de rééducation fonctionnelle » ; article 3 « Tout centre hospitalier doit [...] les moyens nécessaires pour assurer la réadaptation fonctionnelle au premier stade du traitement », JORF du 5 août 1959, p. 7820

Si les opportunités d'embauche pour les masseurs-kinésithérapeutes sont réelles, ces derniers n'obtiendront pas l'émancipation qu'ils espéraient, le corps médical « verrouillant » ce secteur de la médecine à son unique profit.

Un certain nombre de médecins reconnus comme « médecins compétents » en « physio-mécanothérapie »⁴²⁸ ayant œuvré pour la reconnaissance d'une spécialité autonome n'obtiendront satisfaction qu'en 1965 lorsque la spécialité de médecine de rééducation et réadaptation⁴²⁹ obtiendra une reconnaissance officielle avec la création du Certificat d'études spéciales de rééducation et de réadaptation auquel se substituera, en 1984, un Diplôme d'études spécialisées⁴³⁰. L'enseignement d'une durée de trois ans alternant cours théoriques et stages pratiques est exclusivement réservé aux titulaires d'un doctorat en médecine français ou étrangers ainsi qu'aux étudiants en médecine ayant accompli la dernière année d'études.

Quatre options sont proposées : neurologie, rééducation respiratoire, Infirmités Motrices Cérébrales⁴³¹ et appareillage. Ces médecins spécialistes sont surtout destinés à prendre en charge la direction des services de rééducation fonctionnelle existants ou à créer.

En secteur libéral, à part dans certaines zones (par exemple région Languedoc) leur influence sera beaucoup plus limitée et très rapidement on assistera à des associations entre médecins rhumatologues et médecins de médecine physique, les premiers voyant d'un très mauvais œil une concurrence médicale se développer à leur détriment.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes déjà soumis à la tutelle médicale, comme nous l'avons déjà étudié, l'apparition de ce médecin spécialiste va se traduire par aliénation supplémentaire : la perte du choix de ses techniques désormais imposées par ce spécialiste.

⁴²⁸ Arrêté du 09 janvier 1957, Approbation relatif à la qualification des médecins établis par le conseil national de l'ordre, Règlement relatif à la qualification, article 3, 2°, JORF du 10 janvier 1957, p. 548

⁴²⁹ Arrêté du 4 août 1965 Certificat d'études spéciales de rééducation et réadaptation fonctionnelle, JORF du 27 août 1965, p. 7638. L'enseignement est d'une durée de trois ans et les candidats doivent opter entre cinq options (polyvalente, neurologie, respiratoire, infirmités motrices cérébrales, appareillage).

⁴³⁰ Décret n° 84-932 du 17 octobre 1984 relatif aux diplômes nationaux d'enseignement supérieur. JORF du 21 octobre 1984, p. 3307

⁴³¹ « L'infirmité motrice cérébrale L'infirmité motrice cérébrale (IMC) résulte de lésions cérébrales précoces (.../...), non héréditaires, stabilisées (non évolutives), responsables de déficiences motrices exclusives ou prédominantes. Le handicap moteur séquentiel associé à des degrés variables des troubles de la posture et du mouvement. Des troubles spécifiques des fonctions supérieures peuvent s'y associer. Dr Véronique Leroy-Malherbe, Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile, Association des Paralysés de France d'Orsay (91), responsable du Centre ressources pour l'enfant avec lésion cérébrale acquise, Hôpital national de Saint-Maurice (94).

Cette emprise sera très forte en secteur salarié mais beaucoup moins prégnante en libéral car les masseurs-kinésithérapeutes libéraux manifesteront une grande inertie, certes coupable, en l'espèce et bien peu dérogeront à leurs « habitus » professionnels !

En secteur salarié, le masseur-kinésithérapeute, auxiliaire médical va l'être deux fois plutôt qu'une. D'une part, il est par son contrat de travail sous la subordination⁴³² de son employeur et se doit donc de respecter la hiérarchie mise en place par ce dernier. D'autre part, le masseur-kinésithérapeute salarié, auxiliaire médical va devoir se conformer aux instructions, ordres, directives de son chef de service, médecin de médecine physique et réaliser le travail confié par ce dernier qui en contrôlera l'exécution et pourra, le cas échéant, en faire sanctionner les manquements.

En secteur libéral, à de très rares exceptions, tous les médecins spécialistes en rééducation et réadaptation fonctionnelle feront exécuter par leurs salariés les rééducations qu'ils auront prescrites. Le plus souvent et dans le meilleur des cas, ces actes seront réalisés par des masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'Etat, parfois ce seront des étudiants en cours de formation ou bien d'autres professionnels de santé (ergothérapeute, psychomotricien, infirmière⁴³³).

⁴³² Subordination : situation de dépendance du travailleur placé, en droit, sous l'autorité de celui pour lequel il effectue une tâche. CORNU Gérard, Vocabulaire juridique Association Henri Capitant, PUF, 2000

⁴³³ WIROTIUS Jean Michel,. Histoire de la rééducation. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-005-A-10, 1999, 25 p. L'auteur souligne que « Historiquement le massage était enseigné dans les écoles d'infirmières et que leur implication sur ce terrain existe depuis toujours. L'histoire spécifique des infirmières en rééducation est très récente pour ses développements culturels et associatifs [...] Une formation spécifique en rééducation pour les infirmières a été mise en place à l'Université de Haute-Alsace à partir de 1993 sous la direction de Suzanne Agram (Centre de réadaptation de Mulhouse)(tableau XIII) »

Mais ce n'était pas toujours le cas⁴³⁴ ce qui se traduira par de très fortes tensions entre médecins de rééducation et masseurs-kinésithérapeutes libéraux comme l'évoque le docteur Jean Noël HEULEU « [...] nous ne pouvons éluder les difficultés relationnelles qui ont toujours existé entre masseurs-kinésithérapeutes et médecins de médecine physique. Au fil des années, ces rapports semblent plutôt s'être ...⁴³⁵ »

La controverse se poursuivra pendant des années car cette spécialité empiète sur d'autres spécialités préexistantes (neurologie, neurologie infantile, traumatologie orthopédie, rhumatologie, pneumologie) et après un long et animé débat sur l'opportunité de conserver la rééducation comme une spécialité médicale à part entière, en 1995, la médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelles deviendra la médecine physique et de réadaptation conformément à la terminologie internationale⁴³⁶. Par le biais de ce diplôme universitaire, les médecins ont obtenu la reconnaissance d'une spécialité qui va permettre de constituer un corps de praticiens spécialistes qui deviendront chef de service de rééducation fonctionnelle. Ayant une mainmise totale de l'organisation de ce secteur du soin et du contrôle de l'exécution des gestes professionnels en secteurs hospitaliers public et privé le corps médical ne va plus s'opposer à ce que la profession de masseur-kinésithérapeute évolue positivement. Comme nous l'étudierons dans la deuxième partie de ce travail c'est pour cette raison que les médecins ne s'opposeront plus à ce qu'une certaine hiérarchisation se fasse jour au sein de la profession de masseur-kinésithérapeute avec la création d'un certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur ainsi qu'à l'allongement de la durée des études. Les médecins spécialistes en rééducation fonctionnelle ayant besoin de professionnels spécialement formés délégueront à ces derniers un certain nombre de tâches parmi celles qu'ils ne maîtrisent pas car n'en ayant qu'une connaissance théorique (démonstration et la réalisation des gestes de la

⁴³⁴ Il n'était pas rare de voir des médecins de médecine physique confier la réalisation des actes de rééducation qu'ils prescrivaient à leur secrétaire médicale comme ce fut le cas à Béziers où pendant des années à la vue et au su de tous. Lorsqu'on sait que la dite secrétaire était auparavant marchande de poisson ambulante il y a quand même de quoi se poser certaines questions. Cette forme d'exercice illégal de la médecine donna lieu à une jurisprudence. Cass. Crim. 7 mai 1985, n° 84-91761, décision attaquée CA Metz, Ch. correctionnelle, 15 février 1984 « Dans une poursuite engagée contre les employés d'un médecin du chef d'exercice illégal de la médecine pour avoir pratiqué habituellement certains actes professionnels sans remplir les conditions prévues par l'arrêté du ministre de la santé publique du 6 janvier 1962, il n'importe que la Cour d'appel ait omis de se prononcer sur la légalité dudit arrêté dès lors qu'il résultait des constatations de fait de l'arrêt que même si la nullité de ce texte avait été admise, l'infraction d'exercice illégal de la médecine n'en eût pas moins été constituée ».

⁴³⁵ HEULEU Jean Noël, DIZIEN Olivier, la médecine physique et de réadaptation. D'où vient-elle ? Où va-t-elle ? Annales de réadaptation et de médecine Physique, 2001, 44, éditions scientifiques et médicales Elsevier

⁴³⁶ Arrêté du 23 mai 1990 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF du 06 juin 1990, p. 6629; Arrêté du 9 mai 1995 modifiant l'arrêté du 4 mai 1988 modifié relatif aux diplômes d'études spécialisées de médecine, JORF du 11 mai 1995, p. 7916 ;

pratique de base) ou les moins « nobles » (réalisation des différents bilans, lors de l'admission, en cours de traitement et à l'occasion de la sortie des patients).

Il est à noter que ces masseurs-kinésithérapeutes moniteurs n'auront, hors de la salle de rééducation, aucune fonction d'encadrement car au sein des services d'hospitalisation ce rôle restera dévolu pendant de longues années à la surveillante ou à la surveillante chef infirmière.

La mise en place de cette spécialité de médecine de rééducation fonctionnelle a été accompagnée par la création d'une kyrielle de nouvelles professions consacrées à différents types de rééducation, toutes empiétant à des degrés divers le domaine de la kinésithérapie.

Paragraphe 3 Les professions paramédicales : Une nouvelle organisation des soins

1. Aide-orthoptiste et orthophoniste : deux professions aux marges de la kinésithérapie

La nouvelle organisation des soins que les pouvoirs publics mettent progressivement en place va avoir un rôle délétère sur l'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute dans la mesure où l'avènement de moult professions d'auxiliaires médicaux dans un premier temps, paramédicales dans un second temps va écrire son futur au pluriel. Le domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes était vaste, trop peut-être pour que ces professionnels privilégiant les domaines rois de la rééducation à l'époque (orthopédie, traumatologie, neurologie) puissent s'intéresser à ces nouvelles techniques plus intellectuelles que manuelles. Force est de reconnaître que majoritairement issue du groupe des masseurs médicaux dont la formation de base était le plus souvent limitée, ils ne surent pas exploiter les nouveaux domaines qui s'ouvraient à eux. D'autres le firent à leur place avec la bénédiction (discrète mais insistante) du corps médical qui a mené un long travail de sape pour parcelliser le domaine de la rééducation et ainsi en garder l'entier contrôle. Les masseurs-kinésithérapeutes devront s'accommoder de la cohabitation de pairs qui viendront plutôt plus que moins empiéter dans ce qu'ils pensaient être leur domaine de compétence. Ces nouvelles professions peuvent être scindées en deux groupes. Le premier constitué par les professions d'aide-orthoptiste et d'orthophoniste, qui vont avoir un domaine de compétence relativement étranger à celui de la kinésithérapie et un deuxième groupe composé par les professions d'ergothérapeutes et de psycho-rééducateurs qui vont très largement déborder dans ce domaine. Premiers arrivés, premiers servis serait-on tenté d'écrire. En effet, parmi les nouvelles professions paramédicales créées les aides-orthoptistes et les orthophonistes

bénéficieront rapidement d'une troisième année d'études. Juste retour des choses, cet allongement de la durée du cursus scolaire de ces deux professions facilitera la reconnaissance d'une troisième année d'études aux masseurs-kinésithérapeutes.

A. Aide-orthoptiste

La première profession d'auxiliaire médical à être apparue dans le paysage de la rééducation est celle d'aide-orthoptiste en 1956⁴³⁷. Le certificat de capacité d'aide-orthoptiste habilite ses titulaires à pratiquer sur prescription médicale les traitements des troubles de la vision binoculaire, dans le cadre très précis des dispositions de l'article 4 de l'arrêté du 31 décembre 1947⁴³⁸, c'est-à-dire que « *le maniement des appareils servant à déterminer la réfraction oculaire* » est interdit à ces professionnels. En la matière, les médecins spécialisés en ophtalmologie ont délégué à un auxiliaire médical qualifié une partie de leurs gestes techniques dans le domaine de la strabologie, c'est-à-dire cette subdivision de l'ophtalmologie consacrée à l'étude et au traitement du strabisme⁴³⁹. Il est à remarquer que le ministre de tutelle n'est pas celui de la santé publique comme on aurait pu le penser mais le ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports qui après avoir fixé le programme d'enseignement ainsi que les épreuves délivrera le certificat de capacité.

En 1964, la loi du 10 juillet 1964⁴⁴⁰ intégrera la profession d'aide-orthoptiste au code de la santé publique en précisant que l'aide-orthoptiste (articles 504-3 et 4) est la personne qui « *non titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine, exécute habituellement des actes de rééducation orthoptique hors de la présence du médecin* » et qui, ne peut pratiquer son art que sur ordonnance médicale.

En 1972 l'unique article de la loi du 21 décembre remplace la dénomination d'« aide-orthoptiste » par celle d'« orthoptiste »⁴⁴¹. Cette dénomination correspond mieux à la réalité des faits. Si l'on s'en tient à la dénomination originelle « aide-orthoptiste » on peut penser

⁴³⁷ Décret du 11 août 1956 portant institution d'un certificat de capacité d'aide-orthoptiste, JORF du 11 août 1956, p. 7868

⁴³⁸ Arrêté du 31 décembre 1947, Actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié, JORF du 09 janvier 1948, p. 274

⁴³⁹ Strabisme : Défaut de convergence des deux axes visuels vers le point fixé, le sujet ne regardant qu'avec un seul œil. Le strabisme est tantôt divergent, tantôt convergent. DELAMARE Jacques, dictionnaire abrégé des termes de médecine, 4ème édition, Maloine, Paris, 2004

⁴⁴⁰ Loi n° 64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste ; JORF du 11 juillet 1964, p.

⁴⁴¹ Loi n°72-1131 du 21 décembre 1972 modifiant certaines dispositions du code de la santé publique relatives à la profession d'aide-orthoptiste, JORF du 11 juillet 1964, p. 6174

qu'en 1956 il existait une profession d'orthoptiste exerçant sous le contrôle et la direction des médecins spécialisés en ophtalmologie.

Or, il n'en est rien. Le spécialiste de l'orthoptie est le médecin ophtalmologiste⁴⁴² qui comme dans d'autres domaines que nous avons précédemment cités (soins infirmiers, massages, rééducation, etc.) va avoir besoin d'un (e) aide pour le décharger d'une partie de ses tâches les moins gratifiantes et très carnivores en temps (bilan orthoptique en matière de strabologie).

La nouvelle appellation d'orthoptiste est aussi plus en adéquation avec celles des autres professions paramédicales : audioprothésiste, ergothérapeute ; infirmier (e), laborantin d'analyses médicales, manipulateur d'électroradiologie, masseur-kinésithérapeute ; opticien lunetier, orthophoniste, pédicure, puéricultrice, psychorééducateur qui sont toutes composées par des professionnels qui en apportant leur concours dans le domaine du soin sont des « aides » qui agissent aux côtés des médecins. Grader l'appellation « aide-orthoptiste » aurait pu générer une confusion laissant à penser qu'un professionnel paramédical puisse bénéficier d'un « aide ».

La profession d'aide-orthoptiste n'a pas été la seule à être intégrée au code de la santé publique par la loi du 10 juillet 1964 : celle d'orthophoniste va l'être de concert.

B. Orthophoniste

C'est en 1830 qu'apparaît pour la première fois le mot orthophonie⁴⁴³, mais c'est au début du XX^e siècle, que va naître l'orthophonie moderne grâce à l'action de Madame Suzanne Borel-Maisonny⁴⁴⁴ qui, appelée à prendre en charge à l'hôpital Saint Vincent de Paul à Paris, les

⁴⁴² L'ophtalmologie est la discipline de la médecine, spécialisée dans la prise en charge de la santé de l'appareil visuel et de ses annexes. Individualisée de la chirurgie générale par la loi du 22 décembre 1878 portant création de la première chaire de Clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris, ses objectifs sont de préserver, rétablir, améliorer la fonction visuelle et d'en limiter et suppléer les déficiences. L'Ophtalmologiste est un docteur en médecine spécialisé. Il se donne pour mission, dans le cadre de sa formation médicale générale et spécialisée, la surveillance, l'amélioration ou le maintien de la santé de l'appareil visuel et de ses annexes [...] Il pratique les actes techniques, optiques et d'imagerie utiles à l'établissement du diagnostic, ainsi que les actes médicaux, réfractifs et chirurgicaux appropriés. Il recherche, traite et surveille les manifestations ophtalmologiques des affections de l'ensemble de l'organisme en collaboration avec ses confrères des autres disciplines [...] En matière de santé publique, il joue un rôle central dans la prévention de la malvoyance et de la cécité en participant aux démarches de dépistage et d'information, en proposant les solutions adaptées au maintien de l'intégrité de l'appareil visuel.

<http://www.afo.org/resources/Documents/definition-oph.pdf>

⁴⁴³ COLOMBAT de l'Isère Marc (1797- 1851), médecin français spécialiste des vices de la voix et des troubles de la parole, qui en 1828, invente le terme « Orthophonie ». S'intéressant particulièrement aux organes phonateurs, il étudie notamment le bégaiement, et en 1830, fonde l'Institut Orthophonique destiné à soigner « toutes les maladies de la voix ». Sources : <http://orthofamilles.fr/>

⁴⁴⁴ BOREL-MAISONNY Suzanne (1900-1995), phonéticienne et grammairienne de formation. Elle est l'auteur en 1929 d'un ouvrage de référence en la matière « Phonétique des divisions palatines », regroupant l'analyse de

enfants opérés d'une fente labiopalatine⁴⁴⁵, va développer des techniques de rééducation de leur voix et de leur articulation. Grâce à son action, des centres de formation aux techniques orthophoniques vont se créer qui en 1955 délivreront les premières attestations.

En 1964⁴⁴⁶, la profession est légalement reconnue en étant intégrée dans le code de la santé publique au livre IV, titre III-1. L'orthophoniste est défini par l'article 1^{er} (article 504-1 CSP ancien) de la loi comme « [...] toute personne qui, non titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine, exécute habituellement des actes de rééducation de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit, hors de la présence du médecin » mais qui ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale. L'alinéa 2 de l'article 2 (article 504-2 CSP ancien) précise que trois catégories de personnes peuvent bénéficier de dispense partielle ou totale de scolarité, de stages et d'épreuves. Il s'agit de celles possédant un certificat d'aptitude à l'enseignement des enfants atteints de déficience auditive reconnu par le ministre de la santé publique, des titulaires d'un diplôme d'instituteur spécialisé pour les enfants sourds reconnus par le ministère de l'éducation nationale et des porteurs d'un titre de rééducateur des dyslexiques⁴⁴⁷, reconnu par l'un ou l'autre de ces deux ministres.

Les diplômes requis pour pouvoir exercer légalement ces deux professions ne sont pas des diplômes d'Etat au sens strict du terme mais des certificats de capacité établis pour les orthophonistes conjointement par les ministres de la santé publique et de l'éducation nationale et uniquement par le ministre de l'éducation nationale pour les aides-orthoptistes.

Bien avant les masseurs-kinésithérapeutes la durée des études de ces deux professions, qui vont souvent être associées par les textes réglementaires, est fixée à trois ans.

Initialement fixée à deux ans⁴⁴⁸, la durée des études d'aide-orthoptiste est portée à trois ans dès 1966⁴⁴⁹. En ce qui concerne les orthophonistes c'est aussi en 1966⁴⁵⁰ qu'une durée de trois années d'études est retenue.

ses résultats. Elle élargira son champ d'intervention à l'articulation et au bégaiement auprès d'enfants présentant des troubles de la parole et du langage.

⁴⁴⁵ Fente labiopalatine : malformation du visage provenant d'un défaut de soudure des bourgeons faciaux. Elle se présente le plus souvent sous la forme d'une simple fissure de la lèvre supérieure, anciennement appelée « bec de lièvre ». Sources : DELAMARE Jacques, dictionnaire abrégé des termes de médecine, 4ème édition, Maloine, Paris, 2004

⁴⁴⁶ Loi n° 64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthophoniste, JORF du 11 juillet 1964, p. 6174

⁴⁴⁷ Dyslexie : difficulté particulière à reconnaître, à comprendre et reproduire les symboles écrits. DELAMARE Jacques, dictionnaire abrégé des termes de médecine, 4ème édition, Maloine, Paris, 2004

⁴⁴⁸ Arrêté du 30 août 1957, programme d'enseignement et modalités des examens en vue du certificat de capacité d'aide-orthoptiste, JORF du 26 septembre 1957, p. 9246

Pour la profession d'orthophoniste, la durée de trois ans du cursus de formation de base associée au fait que le ministère de tutelle soit celui de l'éducation nationale va revêtir une importance capitale pour l'avenir de cette profession et son intégration au sein du système LMD⁴⁵¹ puisque cette profession sera la première à obtenir la reconnaissance d'un diplôme de niveau Master⁴⁵², l'article 1^{er} du décret ordonnant que « *Les études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste comportent dix semestres de formation et se composent de deux cycles : 1° Le premier cycle, défini au chapitre II du présent décret, comprend six semestres de formation validés par l'obtention de 180 crédits européens correspondant au niveau licence ; 2° Le deuxième cycle, défini au chapitre III du présent décret, comprend quatre semestres de formation validés par l'obtention de 120 crédits européens correspondant au niveau master.* »

Les professions d'aide orthoptiste puis d'orthoptiste et d'orthophoniste ont bénéficié d'une reconnaissance commune et leur intégration dans le champ de la rééducation n'a entraîné aucune réaction de la part des masseurs-kinésithérapeutes. On peut expliquer cette inertie par les domaines de compétences respectives de ces professionnels de la rééducation qui sont très éloignés de celui des masseurs-kinésithérapeutes.

À l'aube des années 1960, la majorité des professionnels en exercice sont titulaires d'un diplôme de massage obtenu par équivalence. Les nouveaux diplômés ont reçu un enseignement où le massage et la rééducation, sous toutes ses formes, du rachis et des membres est prédominant. Le cœur du métier est à l'époque la rééducation des affections en traumatologie, rhumatologie et en neurologie mais dans ce domaine uniquement les conséquences motrices. Les masseurs-kinésithérapeutes ignorant l'alpha et l'oméga des techniques employées par les orthophonistes et les aides-orthoptistes ne les considéreront jamais comme des concurrents venant amputer leur domaine de compétence.

⁴⁴⁹ Arrêté du 16 décembre 1966 Programme d'enseignement et modalités des examens en vue du certificat de capacité d'aide-orthoptiste, JORF du 10 janvier 1967, p. 457

⁴⁵⁰ Décret n° 66-839 du 10 novembre 1966 portant création dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie d'un certificat de capacité d'orthophoniste, JORF du 11 novembre 1966, p. 9921

⁴⁵¹ Dans le cadre de l'harmonisation des cursus d'enseignement supérieur européens, le cursus universitaire français s'organise désormais autour de trois diplômes : la licence, le master et le doctorat. Cette nouvelle organisation, dite L.M.D., permet d'accroître la mobilité des étudiants européens, la mobilité entre disciplines et entre formations professionnelles et générales. Sources : <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/>

⁴⁵² Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste, JORF du 1er septembre 2013, p. 14864

Il ne va pas en être de même en ce qui concerne deux autres professions d'auxiliaires médicaux qui vont obtenir une reconnaissance officielle, à savoir l'ergothérapie et la rééducation psychomotrice. Les brassages de populations liées aux deux conflits mondiaux ont entraîné un échange de savoir parmi les professionnels de santé, échanges qui se sont poursuivis, la paix étant revenue, par le biais de congrès internationaux.

Il est ainsi apparu aux médecins français, qu'aux États-Unis et en Grande Bretagne notamment, dans les services hospitaliers et dans les centres de rééducation, les malades sont pris en charge par des équipes composées de plusieurs soignants intervenants à différents moments dans des domaines différents.

Une circulaire en date du 2 février 1960 relative à la Préparation du 3e Plan d'équipement sanitaire, complétée par la circulaire du 17 février 1960⁴⁵³ va fixer les critères d'organisation de la réadaptation médicale. Son auteur est le docteur Eugène Aujaleu⁴⁵⁴, Directeur général de la santé publique, qui poursuit la politique « *d'armement sanitaire* » du pays. La réadaptation médicale ayant été définie dès 1952 comme étant « *l'ensemble des actes médicaux et chirurgicaux effectués dans des établissements spécialisés ayant pour but de prévenir dès les premiers symptômes de la maladie ou dès le début du traumatisme, l'incapacité, mais encore de restituer au diminué physique, ses aptitudes physiques et psychiques* »⁴⁵⁵, cette circulaire reprenant les critères de la réadaptation médicale élargie indéniablement le concept de rééducation fonctionnelle et à l'instar de ce qui a été mis en place depuis longtemps à l'étranger de nouveaux auxiliaires médicaux vont apparaître dans le paysage des soins en France.

Sur le fondement de la circulaire du 17 février 1960, le corps médical affirmant que le domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes est constitué des techniques thérapeutiques que sont le massage et la gymnastique médicale mais pas de la restauration des fonctions perturbées par des activités utilitaires va imposer la création de la profession

⁴⁵³ Circulaire du 17 février 1960 relative à la réadaptation médicale (non parue au Journal Officiel) du directeur général de la santé publique

⁴⁵⁴ AUJALEU Eugène (1903-1990), médecin, en 1945, il va se voir confier d'importantes responsabilités en matière de santé publique auprès du Comité français de la Libération nationale. À la libération, en 1945, il est nommé directeur de l'hygiène sociale au ministère de la Santé publique et de la Population. Après avoir été le premier directeur général de la Santé au Ministère de la santé de 1946 à 1958, chargé de l'ensemble des responsabilités administratives dans les domaines de l'hygiène publique et des hôpitaux, il sera le premier directeur général de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale de 1964 à 1969. Sources : <http://histoire.inserm.fr/les-femmes-et-les-hommes/eugene-aujaleu>

⁴⁵⁵ Comité d'experts de l'Administration de la Santé Publique, Premier rapport, Série de rapports techniques, OMS, Genève, Septembre 1952. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_55/

d'ergothérapeute, première brèche d'envergure dans le monopole de la rééducation légalement dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes. Il en sera de même pour la profession de psychorééducateur. Ces deux professions pouvant être qualifiées de prédatrices de la masso-kinésithérapie.

2. Ergothérapie et psychomotricité: deux professions prédatrices de la kinésithérapie

A. Ergothérapie

L'ergothérapie, dans ses principes, est très ancienne. Au XVII^e siècle, Louvois, secrétaire d'État de la Guerre sous Louis XIV, crée pour les infirmes des ateliers où leur sont proposées des activités pour lutter contre les risques de l'oisiveté.

L'ergothérapie va d'abord se développer dans le champ des maladies mentales et trouver une place dans les hôpitaux psychiatriques. La méthode fut ensuite utilisée en rééducation et revint en France après la Seconde Guerre mondiale. Le terme d'Ergothérapie est un néologisme contemporain, dérivant d'une traduction imparfaite d'« Occupational Therapy », utilisé par les Anglo-Saxons.

La traduction littérale "thérapie occupationnelle", étant assimilée, dans la culture française, à la distraction pouvait faire penser à « une thérapie par la distraction », ce qui fait que cette traduction ne fut pas retenue⁴⁵⁶. Après d'âpres débats entre partisans de l'appellation « praxithérapie » issue de la racine grecque praxis⁴⁵⁷ correspondant à une idée large de la thérapeutique par l'action et ceux favorables à la dénomination « ergothérapie » provenant du grec ergon signifiant travail, la traduction française d'Occupational Therapy par « ergothérapie » fut adoptée malgré la connotation restrictive de "thérapie par le travail".

Dans les faits, l'enseignement de l'ergothérapie en France a précédé sa création officielle. En effet, dès 1953, les premières écoles d'ergothérapie furent créées d'abord à Paris puis à Nancéen 1954 et à Lyon en 1965, à l'initiative de médecins, ayant lors de leurs séjours aux États-Unis, au Canada ou bien en Grande Bretagne pris conscience de l'intérêt de cette

⁴⁵⁶WIROTIUS Jean Marie, Histoire de la rééducation. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-005-A-10, Elsevier, Paris, 1999

⁴⁵⁷ En grec praxis "πραξις" est l'action, c'est à dire le fait d'agir. Le praxis est l'activité physiologique et principalement psychique, ordonnée à un résultat. En grec Ergon "εργον" signifie travail (travail, action). Dictionnaire de la Langue Philosophique de Paul Foulquié et Raymon Saint Jean. Presse universitaire de France 1962, cité dans le dictionnaire "Trésor de la langue Française Informatisé » <https://sites.google.com/site/etymologielatingrec/home/p/praxis>

discipline et cherchant ainsi à consolider la toute nouvelle discipline médicale de médecine physique et rééducation⁴⁵⁸.

Le décret du novembre 1970⁴⁵⁹ crée le diplôme d'Etat d'ergothérapie, apportant une reconnaissance officielle à la profession d'ergothérapeute. Comme de coutume, les conditions d'agrément des formations, d'admission des élèves, le programme et le déroulement des études ainsi que les modalités des épreuves sanctionnant cet enseignement sont renvoyées à un arrêté ultérieur⁴⁶⁰.

À la suite de la publication du décret du 6 novembre 1970 de nombreuses écoles d'ergothérapie vont être créées à Montpellier (1971), Rennes et Berck sur Mer (1972), Créteil (1973), Bordeaux (1974). Toutes ces écoles ont pour directeur des médecins de médecine physique très impliqués dans la prise en compte du handicap.

Le régime des études ainsi que les conditions de délivrance du diplôme d'Etat sont similaires à celles des masseurs-kinésithérapeutes. Les écoles d'ergothérapie doivent obligatoirement être agréées par le ministère de la santé publique et être situées dans une ville où existe un centre hospitalier régional ou à titre exceptionnel un centre hospitalier. Leur direction est obligatoirement assurée par un docteur en médecine, titulaire du CES de rééducation et réadaptation fonctionnelle ou un spécialiste ayant compétence dans une discipline faisant appel d'une manière courante à l'ergothérapie qui sera assisté d'un ergothérapeute justifiant de cinq années d'exercice professionnel. Le diplôme d'Etat sera délivré sous l'égide du ministre de la santé publique à l'issue d'une formation agréée d'une durée de trois ans. Des conditions dérogatoires de dispense de l'examen de scolarité, de stages et d'épreuves ainsi que celles relatives à l'attribution par équivalence du diplôme d'Etat pourront être accordées à des personnes munies d'un titre délivré à l'issue d'un enseignement organisé avant la publication du présent décret.

Initialement, l'alinéa 2 de l'article 1^{er} de l'arrêté précité dispense de l'examen d'entrée les titulaires d'un diplôme d'Etat de sage-femme, d'infirmière, de pédicure, de laborantin et de manipulateur d'électroradiologie. On peut remarquer que les titulaires du diplôme d'Etat de

⁴⁵⁸ BELIO Christian, Handicap, cognition et représentations, Thèse pour le doctorat de l'Université de Bordeaux, École Doctorale Sociétés, Politique, Santé Publique, 2012

⁴⁵⁹ Décret n°70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute, JORF du 10 novembre 1970, p.9152

⁴⁶⁰ 4 Arrêtés du 14 septembre 1971 : Conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat d'ergothérapeute ; Conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat d'ergothérapeute ; Etudes préparatoires au diplôme d'Etat d'ergothérapeute ; Programme des études d'ergothérapeute, JORF du 14 septembre 1971, p.9146-9152

masseur-kinésithérapeute sont les grands absents de cette liste des auxiliaires médicaux bénéficiant de la dispense de l'examen d'entrée. Auraient-ils été oubliés ou bien était-ce volontaire ?

En fait, l'article 24 de l'arrêté disposant que « *Peuvent être dispensés de la scolarité ou des stages cliniques, en partie ou en totalité et, éventuellement du ou des examens de passage, les personnes dont les titres ou qualités sont reconnus valables par le ministre de la santé publique et de la Sécurité sociale après avis du conseil de perfectionnement des études d'ergothérapeutes* », les masseurs-kinésithérapeutes qui en feront la demande seront dispensés des deux premières années d'études⁴⁶¹.

Il faudra tout de même attendre l'arrêté du 14 novembre 1977⁴⁶² pour, qu'officiellement, soit expressément fixée la liste des professions pouvant bénéficier d'une dispense de scolarité ainsi que les conditions de cette dispense, l'article 24 du texte énonçant que « *sont dispensés de la première année d'étude et peuvent s'inscrire en deuxième année, sous réserve d'avoir satisfait à l'examen de passage prévu à l'article 8, les personnes titulaires des diplômes d'État de sage-femme, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de psychorééducateur ou du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique* ». Comme précédemment, il est prévu à l'alinéa 2 que « *Peuvent être dispensés de la scolarité ou des stages cliniques, en partie ou en totalité et, éventuellement du ou des examens de passage, les personnes dont les titres ou qualités sont reconnus valables par le ministre de la santé publique et de la Sécurité sociale après avis du conseil supérieur des professions paramédicales* ». Il est à remarquer que le conseil de perfectionnement des études d'ergothérapeutes a été remplacé par le conseil supérieur des professions paramédicales⁴⁶³.

En 1975, un premier arrêté⁴⁶⁴ normalisera la situation des ergothérapeutes ayant obtenu le diplôme ou le certificat délivré par les écoles de Nancy, Paris et Lyon à la suite d'une

⁴⁶¹ MONET Jacques, « la kinésithérapie, une spécialité médicale impossible, prolégomènes de Jacques Monet » Le livre vers... de la masso-kinésithérapie, CNOMK, Paris, juin 2011

⁴⁶² Arrêté du 14 novembre 1977 modifie l'arrêté du 01.09.1971 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat d'ergothérapeute (conditions que doivent remplir les candidats pour être admis à effectuer les études préparant au diplôme d'Etat d'ergothérapeute), JORF du 20 novembre 1977, numéro complémentaire, p. 7602

⁴⁶³ Décret n°73-901 du 14 septembre 1973 créant un conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 20 septembre 1973, p. 10198

⁴⁶⁴ Arrêté du 18 juillet 1975, Attribution par équivalence du diplôme d'Etat d'ergothérapeute, JORF du 27 juillet 1975, p. 7652

scolarité commencée au plus tard à la rentrée scolaire 1970. Un second⁴⁶⁵, régularisera celle des ergothérapeutes ayant effectué leurs études à l'étranger lorsque celles-ci ont commencé antérieurement à la date du 6 novembre 1970. Cette mesure est la reconnaissance de l'antériorité de cette profession dans les pays d'Amérique du Nord et en Grande-Bretagne ainsi que la situation de nombreux professionnels ayant été se former dans ces pays pour cause de carence en la matière en France.

Les masseurs-kinésithérapeutes « de base » s'étaient toujours farouchement opposés à la création de cette nouvelle profession mais leurs représentants ont été contraints de l'accepter pour pouvoir obtenir, enfin, la troisième année d'étude depuis si longtemps réclamée. Ils durent également se résigner à la création d'une nouvelle profession dont les membres ne se privèrent pas d'empiéter sur le domaine de la kinésithérapie : les psychorééducateurs.

B. Psychomotricité

Ils durent aussi accepter la création d'une nouvelle profession dont les membres ne se privèrent pas d'empiéter sur le domaine de la kinésithérapie : les psychorééducateurs⁴⁶⁶.

La reconnaissance officielle de cette profession concrétisant le parachèvement de l'entreprise de division du travail du secteur de la rééducation par le corps médical⁴⁶⁷.

« Psychomotricité » est un néologisme récent⁴⁶⁸ mais le concept est très ancien puisque dans l'Antiquité, si les Grecs considéraient l'âme comme une chose matérielle, Platon⁴⁶⁹ a été un des premiers à évoquer la dissociation de l'âme et du corps et le dualisme entre le corps et l'esprit qui en résulte. Aristote⁴⁷⁰, qui fut son élève, a développé le concept philosophique de l'hyléomorphisme ou hylémorphisme qui considère que tout être est composé de manière indissociable d'une matière et d'une forme.

⁴⁶⁵ Arrêté du 26 novembre 1975, attribution par équivalence du diplôme d'Etat d'ergothérapeute aux titulaires de diplômes étrangers d'ergothérapeute, JORF du 11 décembre 1975, p. 12615

⁴⁶⁶ Décret n°74-112 du 15 février 1974 portant création du diplôme d'Etat de psycho-rééducateur, JORF du 17 février 1974, p. 1887

⁴⁶⁷ Wirotius JM. Histoire de la rééducation. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-005-A-10, Elsevier, Paris, 1999

⁴⁶⁸ Au terme de psycho-rééducateur initialement employé, lui fut substitué, en 1985, celui de psychomotricien, toujours employé à l'heure actuelle. Composé de l'élément formant psycho- et de motricité, Étymologie et Histoire, 1ère édition, 1952 <http://www.cnrtl.fr/definition/psychomotricite>.

⁴⁶⁹ Platon (vers 427– vers 347 avt. J.C.), philosophe grec,

⁴⁷⁰ Aristote (384 - 322 avt. J. C.), philosophe grec, élève de Platon

Dès les années 1870 (avant 1877), la notion dépendait de l'existence d'un rapport établi entre psychisme et motricité exprimée par psychomoteur ou psychomotrice. *« Au début du XX^e siècle, la notion prendra une valeur nouvelle, les troubles psychomoteurs étant étudiés dans leur rapport synergique. Le mot psychomotricité faisant état d'une synergie d'ensemble entre fonctions motrices et psychisme selon leur intégration et leur maturation réciproques »*⁴⁷¹.

La psychomotricité est une technique de rééducation qui s'attache à corriger le déficit d'adaptation à leur environnement d'enfants et d'adultes ayant une intégration perceptivo-motrice perturbée par un trouble psychomoteur ou une pathologie neuropsychiatrique dans laquelle la difficulté perceptivo-motrice n'est qu'un des éléments du tableau clinique et de la désadaptation⁴⁷². Elle se trouve à la croisée de la thérapie et de la rééducation, le principe étant non seulement de soigner des troubles physiques mais de redonner la sensation d'être en harmonie avec son corps.

Denis Grabot⁴⁷³ a très bien décrit les tenants et les aboutissants de la création de cette nouvelle profession. Ce qui va caractériser cette profession et expliquer la double tutelle qui va présider à l'élaboration des textes qui vont régir son exercice professionnel est la dualité du champ d'intervention. D'une part un champ médical qui va se traduire par la création d'instituts, de consultations médico-pédagogiques et la formation de rééducateurs de la psychomotricité diplômés en médecine dans un premier temps avant que la formation s'ouvre à d'autres professionnels venant d'horizons divers. D'autre part, un champ éducation, dans lequel l'Éducation nationale assure la mise en place de centres de rééducation physique et la formation de rééducateurs en psychomotricité.

C'est en 1947, que le professeur de Ajuriaguerra⁴⁷⁴ crée à l'hôpital parisien Henri Rousselle, unité hospitalière située au sein du centre hospitalier Saint Anne, une équipe de recherche et

⁴⁷¹ Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain REY, LE Robert, avril 2012

⁴⁷² Sources : Institut de formation en psychomotricité de Toulouse, <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/>

⁴⁷³ GRABOT Denis, Psychomotricien : Emergence et développement d'une profession, Collection psychomotricité, Solal éd., 2004

⁴⁷⁴ De AJURIAGUERRA Julian (1911-1993), neuropsychiatre et psychanalyste, d'origine basque espagnole il a été naturalisé français en 1950. Commence ses études de médecine en France en 1927 à l'âge de 16 ans. Externe des hôpitaux de Paris en 1930, Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine en 1936. Poursuit parallèlement ses études de médecine en Espagne où il passe les sessions de Septembre des examens à l'Université de Valladolid, puis de Salamanque, mais il ne pourra passer les dernières épreuves en raison de la guerre civile. 1936 Doctorat d'université en médecine. Pendant cette période et jusqu'en 1950, il a le statut de médecin étranger. A ce titre, il est logé et nourri au sein de l'hôpital mais non rémunéré, ce qui l'oblige à effectuer des remplacements d'infirmier (qui lui seront interdits au début de la guerre par un décret du régime de Vichy) et des

de rééducation des troubles de la psychomotricité et du langage qui va développer une nouvelle thérapeutique appelée "Rééducation Psychomotrice" et former des "spécialistes en conférences". Dans cette équipe, une femme, Gisèle Soubiran⁴⁷⁵, va devenir la cheville ouvrière de la rééducation psychomotrice.

Gisèle Soubiran, issue d'une famille de la bourgeoisie parisienne, a mené de front des études de psychologie à la Sorbonne et de masseuse médicale avant d'obtenir le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute en 1949 ce qui va lui permettre d'apporter en matière de rééducation une dimension psychocorporelle inconnue à l'époque.

Dès 1957, le professeur Julian de Ajuriaguerra et Gisèle Soubiran proposent aux médecins stagiaires de l'hôpital Henri-Rousselle un enseignement non structuré de psychomotricité. Très rapidement Gisèle Soubiran, ayant été habilitée à former dans le cadre de la faculté des spécialistes dans le cadre de cette nouvelle spécialité, elle va prendre une place prépondérante. Elle va accueillir de nombreux étudiants venus d'horizons divers (masseurs-kinésithérapeutes, éducateurs, professeurs d'éducation physique) et devant le succès rencontré par son enseignement, rapidement, il va lui être demandé de former des élèves sans formation initiale ce qui va se traduire par la création en 1962 de l'enseignement de la Rééducation Psychomotrice dans le cadre de la Faculté de Médecine de Paris - Hôpitaux Henri Rousselle et de la Salpêtrière.

Pour pallier aux inconvénients liés au caractère officieux de cet enseignement, en 1963, est créé le certificat de capacité en rééducation psychomotrice, délivré conjointement par la faculté de médecine de Paris et le ministère de l'Éducation nationale. La première année d'étude se déroule au sein de l'hôpital de la Salpêtrière et la seconde année à Henri-Rousselle où l'enseignement théorique et pratique est assuré par Gisèle Soubiran. Alors qu'à la même

conférences d'Internat. 1946 Nommé professeur agrégé de neurologie et de psychiatrie, à titre étranger, de 1946 à 1959, il crée à l'hôpital Henri Rousselle une "Equipe de recherche et de rééducation des troubles de la psychomotricité et du langage". En 1950, ayant obtenu la nationalité française, il passe le baccalauréat français et valide ses études antérieures de médecine et obtient en 1954 le Doctorat d'Etat en médecine. Sources : <http://www.college-de-france.fr/>

⁴⁷⁵SOUBIRAN Gisèle (1916-2012), Le début de son exercice professionnel coïncide avec la création de l'Institut Édouard Claparède de Neuilly-sur-Seine qui accueille des enfants et des adolescents présentant des difficultés sur le plan relationnel ou du comportement ainsi que sur le plan des apprentissages scolaires. En plus de ses compétences en matière de rééducation, elle va apporter une dimension psychocorporelle inconnue à l'époque dans ce type d'établissement. Alors qu'il est au tout début de sa carrière, le docteur Julian de Ajuriaguerra, intéressé par les compétences qu'elle a acquises en médecine, psychologie et en kinésithérapie va lui demander d'intégrer l'équipe qu'il est en train de constituer à l'hôpital Henri-Rousselle dont il dirige le service de guidance infantile. De cette collaboration va naître le centre de rééducation psychomotrice et du langage, dont elle deviendra rapidement la chef du service de psychomotricité. Elle est également associée à l'élaboration des programmes du diplôme d'État de psychorééducateur créé en 1974 sous la double tutelle des ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur.

époque l'orthophonie est officiellement reconnue, la psychomotricité va tarder à l'être en grand partie à cause de son succès qui inquiète ceux qui ont été précédemment formés, dont une majorité de médecins, et les masseurs-kinésithérapeutes qui, arc-boutés, sur les dispositions de la loi du 30 avril 1946 voient en ces nouveaux professionnels de redoutables concurrents en matière de rééducation dans le domaine de la neurologie, notamment de la neurologie infantile.

Comme l'explique très bien Gisèle Soubiran dans un entretien qu'elle a accordé à Denis Grabot, où faisant référence à la profession d'orthophoniste, « *Madame Borel-Maisonny qui travaillait avec nous à l'hôpital Henri Rousselle à très vite obtenu un [diplôme] car elle n'avait pas de concurrence* »⁴⁷⁶ En 1967, Gisèle Soubiran estimant que l'enseignement dispensé au sein de l'hôpital de La Salpêtrière s'éloigne du malade en se théorisant, va créer l'Institut supérieur de rééducation psychomotrice et de relaxation psychosomatique à Paris, Nice, Bordeaux pour répondre à l'engouement pour la psychomotricité et aux trop nombreuses demandes de formation non satisfaites par manque de places et de moyens au sein de l'hôpital de La Salpêtrière⁴⁷⁷. Deux lieux de formations mais surtout deux façons d'enseigner vont coexister, l'un public, l'autre privé, délivrant le même certificat de rééducation psychomotrice.

Cette division initiale va se traduire par une division syndicale qui sera une des causes de la lenteur du processus de reconnaissance officiel de la profession et de son enseignement. Les uns, issus de la Faculté, vont lutter pour que soit reconnue une formation à l'image de celle des psychologues, partisan d'une formation sanctionnée par les trois diplômes universitaires de l'époque (DEUG, Licence, DESS) ce qui se traduirait par une autonomie conceptuelle et d'exercice. Les autres, formés par des écoles privées, briguent une organisation calquée sur celle des professions paramédicales existantes et un exercice sous tutelle médicale⁴⁷⁸. À cette division syndicale, va venir s'ajouter le combat mené par les masseurs-kinésithérapeutes qui, ayant pris conscience de l'enjeu du marché de la rééducation et de la psychomotricité vont revendiquer sa formation et son exercice. Le principal argument développé par ceux-ci est d'économiser la création d'une nouvelle profession en créant une troisième année d'étude permettant d'intégrer dans le programme des études cette discipline.

⁴⁷⁶ GRABOT Denis, Psychomotricien: Emergence et développement d'une profession, Collection psychomotricité, Solal éd., 2004

⁴⁷⁷ GRABOT Denis, « Deux cents ans d'histoire », in Catherine Potel Baranes , Être psychomotricien ERES « Trames », 2010

⁴⁷⁸ cf. supra

Les masseurs-kinésithérapeutes vont essayer, sans succès, de bloquer la reconnaissance officielle de cette profession par les pouvoirs publics en poursuivant un double objectif : assurer la protection de leur secteur d'activité, dont les psycho-rééducateurs risquent d'en capturer une partie et obtenir une extension de leur domaine de compétence. Indépendamment de cette approche corporatiste, il faut reconnaître que les masseurs-kinésithérapeutes peuvent, dans une certaine mesure, revendiquer une antériorité dans la prise en charge des troubles « psychomoteurs » des enfants. En effet, c'est au cours des années 1930 que s'est développé l'hygiénisme, concept général dont une des composantes est constituée par une méthode de gymnastique ayant pour objectif un développement harmonieux du corps⁴⁷⁹. Son principal promoteur est le lieutenant de vaisseau Georges Hébert⁴⁸⁰ qui a conçu puis développé une méthode d'éducation physique dite « méthode naturelle » ayant pour objectif le développement physique complet de la personne qui la pratique. Son promoteur et les adeptes de la méthode prétendant ainsi façonner le caractère autant que le corps.

Cependant, à la même époque l'intérêt pour la psychologie de l'enfant va grandissant notamment sous l'impulsion de Jean Piaget⁴⁸¹ dont la théorie de l'apprentissage exercera une influence notable sur la pédagogie et les méthodes éducatives, ses recherches ayant permis de démontrer, ce qui est novateur à l'époque, que l'« intelligence », doit être conçue une forme spécifique de l'adaptation du vivant à son milieu ainsi que sur les différents stades de son d'évolution chez l'enfant.

C'est à partir de cette époque qu'une divergence va apparaître entre les partisans d'une rééducation purement motrice, ayant comme finalité l'amélioration du psychisme de l'enfant ou de l'adolescent, qui pensent qu'en luttant contre les imperfections corporelles et en améliorant les performances physiques on améliore le psychisme de l'individu renouant ainsi avec la conception originelle du célèbre adage latin « Mens sana in corpore sano » où à

⁴⁷⁹ LAGRANGE Fernand, 1845 – 1909, médecin, physiologiste. Promoteur des sports de plein air et de l'éducation physique.

⁴⁸⁰ HEBERT Georges (1875-1957), officier de marine, éducateur français promoteur d'une méthode d'éducation physique naturelle, l'hébertisme, opposée à la gymnastique suédoise et à la spécialisation sportive, sources Wikipédia.fr

⁴⁸¹ PIAGET Jean (1896-1980), psychologue, biologiste épistémologiste suisse connu pour ses travaux en psychologie du développement et en épistémologie [épistémologie [epistemɔləzi] n. f. ÉTYM. Av. 1906, in Larousse illustré, Suppl.; 1856 en angl., epistemology, mot créé par le philosophe écossais James F. Ferrier, Institutes of metaphysic; grec epistēmē « science », et -logie, de logos « étude ». Au sens étroit, philosophique : Étude critique des sciences, destinée à déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée. Épistémologie philosophique ou philosophie des sciences. Au sens large, incluant le précédent, théorie de la connaissance et de sa validité; « étude de la constitution des connaissances valables » (Piaget). Sources : Dictionnaire Le Grand Robert, 2013]

l'origine « mens » ne représentait pas le corps mais l'esprit⁴⁸². En améliorant le corps et la condition physique on améliore l'esprit.

Sous l'impulsion de l'Éducation Nationale une réflexion sur la relation entre le développement intellectuel et la motricité, l'accent va être mis sur la prévention. Des instituts médico-pédagogiques vont être créés nécessitant des praticiens spécialisés dont l'Éducation nationale va se charger de former.

Pour tenter de préserver ce qu'ils estiment être un acquis professionnel, les masseurs-kinésithérapeutes vont s'efforcer d'obtenir gain de cause par la voie législative. Pour ce faire, en 1972, une proposition de loi va être déposée sur le bureau de l'Assemblée Nationale⁴⁸³ par un groupe de députés dont Monsieur Pierre de Montesquiou⁴⁸⁴ est le porte-parole.

La disposition essentielle de cette proposition de loi est constituée par l'article 1^{er} qui propose une modification de l'article L.487 du Code de la santé publique qui permettrait de reconnaître à la profession de masseur-kinésithérapeute le monopole des actes de rééducation fonctionnelle⁴⁸⁵.

Habilement, les rédacteurs de cette proposition de loi rappellent qu'au fil des ans la liste des actes que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à pratiquer hors de la présence du médecin (et en dehors des actes qui ne peuvent être pratiqués qu'en sa présence et sous sa responsabilité et son contrôle) s'est considérablement accrue.

Au seul acte autorisé (les massages simples) en 1947⁴⁸⁶ sont venus s'ajouter en 1956⁴⁸⁷ les deux actes inscrits par la loi du 30 avril 1946 à leur monopole professionnel, à savoir le massage et la gymnastique médicale sur prescription médicale mais en dehors de la présence du médecin et sans que ce dernier ne soit au préalable « assuré personnellement de la possibilité de confier à l'auxiliaire médical les dits actes, du fait de sa compétence et des

⁴⁸² Dictionnaire Gaffiot, Latin-Français, 1934 : Mens : faculté intellectuelle, intelligence, faculté intellectuelle de l'esprit, cité dans Wikipédia.fr

⁴⁸³ Proposition de loi tendant à modifier le titre III du livre IV du Code de la santé publique et relative à la profession de masseur-kinésithérapeute. Enregistrée à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 14 novembre 1972, annexée au procès-verbal de la séance du 22 novembre 1972.

⁴⁸⁴ MONTESQUIOU Pierre de, (1909-1976), homme politique français, député du Gers de 1958 à 1976.

⁴⁸⁵ la proposition de loi est composée de huit articles consacrés à l'exercice illégal, la prohibition de la dichotomie d'honoraires et de la publicité, l'enregistrement du diplôme, le secret professionnel

⁴⁸⁶ Arrêté du 31 décembre 1947 Actes pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié, article 1er, JORF du 09 janvier 1948, p. 274

⁴⁸⁷ Arrêté du 18 juillet 1956 Modification et complément de l'arrêté du 31 décembre 1947 relatif aux actes professionnels des auxiliaires médicaux, JORF du 1er août 1956, p. 7237

possibilités inhérentes à chaque cas » comme l'ordonnait l'article 2 de l'arrêté du 31 décembre 1947. La rééducation fonctionnelle est désormais reconnue comme faisant partie du patrimoine professionnel des masseurs-kinésithérapeutes dans les mêmes conditions d'exécution que le massage et la gymnastique médicale.

L'arrêté du 6 janvier 1962⁴⁸⁸ élargi l'arsenal thérapeutique en portant leur nombre à plus d'une dizaine et en les diversifiant. Au massage, la gymnastique médicale et à la rééducation fonctionnelle vont se joindre l'électrothérapie médicale, les mobilisations manuelles non forcées des segments de membre, la mécanothérapie, les postures...

Argumentant que l'évolution des domaines d'activité professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes a été considérable alors qu'à l'inverse aucune modification n'est intervenu dans la rédaction de l'article L.487 du Code de la santé publique⁴⁸⁹ qui concerne les actes dont l'exercice est réservé aux masseurs-kinésithérapeutes, il est proposé de modifier la première phrase de l'article L.487 du Code de la santé publique de la façon suivante : *« Réserve faite des dérogations prévues à l'article L.481, nul ne peut pratiquer des actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, avec ou sans interférences psychologiques, des affections pulmonaires ou cardiovasculaires et des affections médicales ou chirurgicales de l'appareil locomoteur, ainsi que des actes de massages et de gymnastique médicale... s'il n'est titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute institué par l'article L.488 du présent titre »*⁴⁹⁰ Alors que l'exercice illégal des professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure podologue est régi par l'article L.501 CSP⁴⁹¹, l'article 2 vise à insérer un article L.487-1 CSP définissant, avec plus de précisions, l'exercice illégal

⁴⁸⁸ Arrêté du 6 janvier 1962, Liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins, JORF du 1er février 1962, p. 1111

⁴⁸⁹ « Réserve faite des dérogations prévues à l'article L. 491, nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale, s'il n'est Français et muni du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute institué par l'article L. 488 du présent titre [*condition*]. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale [*obligation*] ». Article L.487, version en vigueur entre le 7 octobre 1953 et le 26 juillet 1985, sources Légifrance.fr

⁴⁹⁰ A comparer à la rédaction de l'article L 487 CSP « Réserve faite des dérogations prévues à l'article L. 491, nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale, s'il n'est Français et muni du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute institué par l'article L. 488 du présent titre. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale. »

⁴⁹¹ Article L 501 CSP (ancien), « L'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute ou de la profession de pédicure est passible d'une amende de 3.000 F à 20.000 F et, en cas de récidive, d'une amende de 10.000 F à 30.000 F, une peine d'emprisonnement de quinze jours à cinq mois pouvant en outre être prononcée dans ce cas. L'usurpation du titre de masseur-kinésithérapeute, masseur, gymnaste médical, et du titre de pédicure est punie des peines prévues à l'article 259 du Code pénal. »

de la kinésithérapie notamment par un alinéa 1^{er} ainsi rédigé « *Toute personne qui, non titulaire du doctorat en médecine ou non munie de diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, ou ne bénéficiant pas des dispositions prévues l'article L.488 et L.491, exerce la profession de masseur-kinésithérapeute[...]* »

Dans le rapport⁴⁹² servant de fondement à la proposition de loi, la motivation de cette démarche est clairement exprimée. Il est rappelé que l'évolution des domaines d'activité professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes a été considérable alors qu'à l'inverse aucune modification n'est intervenue dans la rédaction de l'article L.487 du Code de la santé publique qui concerne les actes dont l'exercice est réservé aux masseurs-kinésithérapeutes. La profession craint que soient créées de nouvelles professions paramédicales ayant une compétence limitée en rééducation, ce qui serait le cas s'il devait être créé un diplôme autonome de rééducateur en psychomotricité dans la mesure où à cette date rien ne l'empêche⁴⁹³.

On peut, à ce stade de l'exposé faire une remarque. Si le rapporteur avait habilement exposé l'évolution du domaine réglementaire de l'exercice professionnel des masseurs-kinésithérapeutes, l'argumentaire pour tenter d'obtenir la réforme de l'article L.487 du code de la santé publique nous semble très maladroit. En effet, les parlementaires⁴⁹⁴ qui devront voter cette modification ne peuvent pas ignorer la création récente de nouvelles professions paramédicales ayant une compétence limitée en rééducation (aide-orthoptiste, orthophoniste, ergothérapeute). Il semble donc évident que cette tentative de reconnaissance du monopole de ces actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle était, dès l'origine, vouée à l'échec.

Peut-on parler en l'espèce d'une proposition de loi de circonstance déposée par un parlementaire opportuniste, dont les activités professionnelles étaient aux antipodes du monde de la santé. Cette proposition de loi n'aura qu'une courte vie car l'examen en commission⁴⁹⁵ va lui être mortifère. D'emblée, la commission remarque que dans sa rédaction initiale la proposition de loi est préjudiciable aux titulaires du certificat de capacité en

⁴⁹² Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de loi (n°2668) de monsieur de Montesquiou et plusieurs de ses collègues, tendant à modifier le titre III du livre IV du Code de la santé publique et relative à la profession de masseur-kinésithérapeute. n° 2747 (Rectifié) Assemblée Nationale, première session ordinaire de 1972-1973

⁴⁹³ cf. supra, page 3 « Pourquoi apparaît-il urgent d'étendre le monopole des masseurs-kinésithérapeutes ? »

⁴⁹⁴ Parmi eux 9% appartiennent au corps médical, sources : ROUBAN Marc, Les députés, les cahiers du CEVIPOF - Centre de recherche politiques de Sciences Po., n°55, Septembre 2011

⁴⁹⁵ Réunion du 6 décembre 1972 de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale (Constitution du 4 octobre 1958, quatrième législature, première session ordinaire de 1972-1973)

rééducation de la psychomotricité auxquels elle interdit l'exercice de leur profession, sans avoir prévu de dispositions transitoires. De surcroît, il est rappelé que la rééducation des troubles du schéma corporel ne figurant plus dans l'article L.487 du code de la santé publique, ils ne font plus partie des actes réservés aux titulaires du seul diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. La mention « *en liaison avec des troubles du schéma corporel* » va être substituée à « *avec ou sans interférences psychologiques* » et il sera ajouté « *sauf dérogation prévue par décret ou sous réserve de conventions internationales* » en reprenant une disposition analogue adoptée pour les professions médicales. Monsieur de Montesquiou, rapporteur de la commission, va alors proposer une nouvelle rédaction de la proposition de loi avec un article 2 disposant que « *Seuls peuvent pratiquer les actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle des troubles du schéma corporel, les masseurs-kinésithérapeutes titulaires d'un certificat délivré après des études préparatoires et des épreuves dont la durée et le programme sont fixés par décret pris sur rapport du Ministre de la santé publique. Un décret déterminera les conditions d'exercice de cette spécialité* »

Là encore, la commission en préconisant de renvoyer au décret le soin de préciser les conditions que devront remplir les masseurs-kinésithérapeutes pour exercer les actes spécialisés de rééducation et de réadaptation fonctionnelle des troubles psychomoteurs et du schéma corporel va vider le texte de sa substance protectrice des masseurs-kinésithérapeutes car en matière de psychomotricité deux ministres sont concernés celui de l'Éducation nationale et celui de la Santé, alors que la proposition ne fait référence qu'au ministre de la santé, ministre de tutelle des masseurs-kinésithérapeutes.

Pour tenter de remédier à l'imperfection de la rédaction initiale du texte, il va être proposé un article 3 traitant des mesures transitoires applicables aux personnes masseurs-kinésithérapeutes ou non qui pratiquaient à cette date la rééducation des troubles du schéma corporel liés à la psychomotricité. Il ne faut pas être grand clerc pour se douter de ce qu'il adviendra de ce texte en prenant connaissance de ses dispositions.

Les masseurs-kinésithérapeutes titulaires du certificat de capacité en rééducation de la psychomotricité seront autorisés à poursuivre leur exercice professionnel. Les rééducateurs en psycho-motricité titulaires du certificat en rééducation de la psychomotricité exerçant depuis plus de trois ans au moins pourront être autorisés par une Commission, qui devra être créée, à exercer la profession de masseur-kinésithérapeute limitée à ce type de rééducation. Ceux ayant moins de trois ans d'exercice ainsi que les personnes non autorisées par le Commission et celles exerçant cette activité depuis plus de trois ans sans être titulaires du certificat

pourront passer un examen probatoire. Enfin, toutes les autres personnes exerçant la rééducation des troubles du schéma corporel liés à la psychomotricité depuis au moins cinq ans seront autorisées à poursuivre leur activité dans les conditions définies par décret.

La lecture de cette proposition nous confirme la légèreté qui prévaut en la matière. De l'absence totale de mesures transitoires dans le texte initial on est passé à un très (trop) large panel qui tente de n'oublier personne ! Une dernière proposition concerne le sort des étudiants en rééducation des troubles de la psycho-motricité en cours d'étude lors de la promulgation de la loi. Il leur sera proposé de se soumettre à un examen professionnel leur permettant d'obtenir l'autorisation d'exercer la rééducation limitée aux troubles du schéma corporel liés à la psycho-motricité⁴⁹⁶.

Comme l'immense majorité des propositions de loi, celle-ci restera lettre morte. Les masseurs-kinésithérapeutes ont perdu cette bataille. La rééducation psychomotrice ne deviendra pas une spécialisation de la masso-kinésithérapie qui se serait appelée rééducation du schéma corporel. Ils n'obtiendront satisfaction que sur un point : l'appellation de la nouvelle profession.

Représentée par leur principal syndicat, la FFMKR⁴⁹⁷, la profession s'oppose à l'utilisation de rééducateur isolément et de motricité, ce qui ipso facto interdit les termes de « rééducateurs en psychomotricité » et de « psychomotricien ». À la suite de longues négociations, la Fédération Française des Psychomotriciens⁴⁹⁸ et la FFMKR se mettront d'accord sur la dénomination « psycho-rééducateur » terme privilégiant aux yeux des masseurs-kinésithérapeutes le côté « psychologie » désignant des rééducateurs de l'esprit donc moins dangereux en termes de concurrence. Cette appellation ne sera pas du goût des psychiatres qui, par la voix du Secrétaire général du Syndicat des Psychiatres Français, vont interpellier le ministre de la Santé pour lui signifier leur refus « [...] d'entériner le terme de psychorééducateur [...] qui ne répond pas du tout au contenu de l'exercice professionnel qu'il voudrait désigner. Il s'agit

⁴⁹⁶ Comme nous l'avons souligné supra, au cours de la discussion, il fût proposé d'autoriser les titulaires du certificat délivré par l'école des techniques d'Aix-les-Bains à pratiquer le massage médical exclusivement dans cet établissement. Cette initiative fut refusée au motif que les membres de la commission (à juste raison) que cette école n'enseignait pas réellement la masso-kinésithérapie et que cette disposition constituerait un précédent dangereux

⁴⁹⁷ Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs

⁴⁹⁸ La Fédération Française de Psychomotricité, organe représentatif de la profession de psychomotricien depuis 1973, est née de l'opposition entre secteur public et secteur privé qui a été à l'origine de la scission entre l'équipe de l'hôpital Henri Rousselle et celle de l'hôpital de la Salpêtrière. Ce conflit sera exacerbé par la divergence existant en matière de formation et de diplôme. Le Syndicat National des Rééducateurs en Psychomotricité se faisant le promoteur de la reconnaissance d'un diplôme d'Etat Hospitalo-Universitaire alors que la FFP défend le projet d'un diplôme d'Etat sous la tutelle du ministère de la santé.

*en fait de rééducateurs de la psychomotricité [...] Dans la formation des rééducateurs de la psychomotricité, la participation des psychiatres est nécessaire pour éviter le risque de formations partielles, insuffisantes et dangereuses, étant donné le caractère global des troubles. C'est précisément ce qui spécifie la nouvelle profession par rapport aux kinésithérapeutes. Les traitements dont il s'agit n'ont en aucun cas le caractère d'un traitement symptomatique »*⁴⁹⁹. Cette dernière phrase a son importance, car elle exprime la position des psychiatres qui s'opposent à une possible intégration de la psychomotricité dans le champ de compétence des masseurs-kinésithérapeutes.

Si en 1974 « psycho-rééducateur » a été l'objet d'un consensus entre les deux professions, il ne faut pas se voiler la face, ce n'était qu'un leurre. La preuve en est l'emploi, dès 1963, du terme « psychomotricité »⁵⁰⁰ puis, en 1973, le terme « psychomotricien » apparaît expressément lorsque est créée la Fédération Française des Psychomotriciens et quelques années plus tard, en 1978, dans une motion commune rédigée par les deux principaux syndicats représentatifs de cette profession⁵⁰¹, courrier auquel se sont associées les grandes centrales syndicales ouvrières, à l'exception de la Confédération Générale des Travailleurs pour tenter de faire évoluer la reconnaissance officielle de la profession⁵⁰².

Pour compléter cette réflexion, il faut souligner que la volonté exprimée d'abord implicitement puis officiellement de changer la dénomination résultait de la lutte interne qui opposait les tenants des thérapies à médiation corporelle largement influencées par la psychanalyse aux partisans des techniques rééducatives fondées sur des concepts issus de la neurologie. Jusqu'au début des années 1970, le plus souvent le mot est orthographié « psychomotricité » pour aboutir à « psychomotricité », ensuite le trait d'union disparaît symbole pour certains de l'unité du corps et du psychisme⁵⁰³.

⁴⁹⁹ GRABOT Denis, Psychomotricien: Emergence et développement d'une profession, Collection psychomotricité, Solal éd., 2004

⁵⁰⁰ GRABOT Denis, Psychomotricien : émergence et développement d'une profession, Collection Psychomotricité, Edition Solal, avril 2004, p. 63 « [...] publication de l'arrêté du 04 février 1963 du ministre de l'Education nationale créant le certificat de capacité en rééducation psychomotrice[...] »

⁵⁰¹ Fédération française des psychomotriciens et Syndicat

⁵⁰² «Indépendamment des problèmes graves qui concernent leur profession [...]les psycho-rééducateurs (ou Psychomotriciens... ».Lettre ouverte à madame Simone Veil, ministre de la santé, signé par la FFP, le SNRTP, la CFDT, la CFTC, la CGC et FO.

⁵⁰³ FAUCHE Serge, « Les paradigmes de la psychomotricité », Revue Française de Pédagogie, n° 107, avril-mai-juin 1994

En 1974⁵⁰⁴ est créé un diplôme d'Etat de psycho-rééducateur. À la différence de la majorité des autres professions paramédicales, le décret portant création du diplôme d'Etat de psycho-rééducateur est paré de la double signature des ministres de la santé et de l'enseignement supérieur, conséquence d'une formation hybride dans laquelle, l'école hospitalière de la Salpêtrière, principal centre de formation joue un rôle prééminent.

Une circulaire ministérielle⁵⁰⁵, non parue au Journal Officiel, va préciser le statut des psychorééducateurs hospitaliers en les inscrivant dans le Livre IX du Code de la santé publique⁵⁰⁶ au même titre que les ergothérapeutes.

La concurrence tant redoutée par les masseurs-kinésithérapeutes, en termes de marché, ne se manifesterà pas dans les faits car la réglementation des conditions d'exercice de ces nouveaux praticiens sera longue et semée d'embûches. Le livre IV du Code de la santé publique ne mentionnant pas, parmi les auxiliaires médicaux, les professionnels de la rééducation psychomotrice⁵⁰⁷, et l'arrêté du 6 mars 1962 fixant la liste des actes médicaux pouvant être exécutés par les non-médecins, ne contenant pas, non plus, de dispositions relatives à cette forme de rééducation⁵⁰⁸, ce type de soins ne peut pas être pris en charge par les Caisses d'assurance maladie. La rééducation psychomotrice restera longtemps confidentielle et réservée à une « élite » pouvant assurer intégralement la charge financière qu'elle représente.

⁵⁰⁴ Décret n°74-112 du 15 février 1974 portant création du diplôme d'Etat de psycho-rééducateur, JORF du 17février 1974, p. 1887

⁵⁰⁵ Circulaire n° 238/DH/4 du 23 Février 76 relative à la situation des ergothérapeutes, des psychorééducateurs et des pédicures dans les Etablissements relevant du livre IX du Code de la Santé Publique

⁵⁰⁶ BALLOUARD Christian « Les fondements de la psychomotricité » Contraste, 2008/1, n° 28-29, Contraste, édition ERES

⁵⁰⁷ Assemblée Nationale, question écrite (articles 139 & 133 du règlement), n° 12935, 10 août 1974, monsieur Donnadieu Louis (député de l'Hérault de 1969 à 1981) « *attire l'attention de monsieur le Premier ministre, sur la rééducation psychomotrice qui [...] ne bénéficie que d'une reconnaissance de diplôme, tandis que les conditions de son exercice demeurent sans réglementation, tant au niveau de l'exercice public que de l'exercice libéral.[...] l'absence de statut d'exercice ne fait que favoriser les conflits de compétence avec d'autres professions d'auxiliaires médicaux.* », JORF, débats parlementaires, Assemblée Nationale, 10.08.1974

⁵⁰⁸ Assemblée Nationale, question orale (articles 139 & 133 du règlement), n° 25423, 13 juillet 1972, monsieur Sallenave Pierre (député des Pyrénées-Atlantiques 1958-1973) « *expose à monsieur le ministre d'Etat chargé des Affaires sociales que la nouvelle nomenclature des soins de rééducation et de réadaptation fonctionnelles figurant au titre XIV de la nomenclature générales des actes professionnels annexés à l'arrêté du 27 mars 1972 ne fait pas mention des traitements de rééducation de la psychomotricité [...]* », JORF, débats parlementaires, Assemblée Nationale, 22.07.1972

Cependant, lors de la séance inaugurale du Conseil Supérieur des professions paramédicales, le 17 avril 1975, présidée par Madame Simone VEIL⁵⁰⁹, ministre de la Santé, la profession de psychorééducateurs sera représentée ce qui ipso facto vaut reconnaissance implicite.

Les masseurs-kinésithérapeutes ne désespérant pas de voir interdire la création de cette nouvelle profession qu'ils estiment concurrentielle vont s'associer à la Confédération Nationale des Auxiliaires médicaux et paramédicaux pour contester la légalité du décret n° 74-112 du 15 février 1974 portant création du diplôme d'Etat de psycho-rééducateur. Cette requête va être rejetée au motif que « *le décret du 15 février 1974 portant création du diplôme d'Etat de psycho-rééducateur n'a pas eu pour objet et n'aurait d'ailleurs légalement pu avoir pour effet de subordonner à sa possession le droit d'exercer la profession de psycho-rééducateur. Dès lors il ne porte atteinte ni au principe de la liberté du commerce et de l'industrie ni aux droits que les masseurs-kinésithérapeutes tiennent des articles L.487 et L.488 du code de la santé publique* »⁵¹⁰.

Nonobstant, la partie de bras de fer qui oppose les masseurs-kinésithérapeutes aux psychorééducateurs n'est pas terminée, car ces derniers vont entreprendre une action de longue haleine pour obtenir le droit d'utiliser le terme de psychomotricité. À la suite d'une action de lobbying concertée (lettre à la ministre de la santé en 1978, grève unitaire professionnels-étudiants l'année suivante), ils finiront par obtenir satisfaction sur ce point au début de l'année 1985⁵¹¹ lorsque officiellement le mot « psychomotricien » se substituera au mot « psychorééducateur ». Poursuivant leur quête de reconnaissance, ils franchiront une étape importante en 1988, lorsque sera publié leur décret de compétence⁵¹² qui va désormais assurer aux titulaires du diplôme d'Etat de psychomotricité le monopole de l'exercice professionnel.

Les masseurs-kinésithérapeutes vont tenter une dernière fois de s'opposer à cette décision administrative en déposant, par le biais de la FFMKR, un recours en annulation devant le

⁵⁰⁹ VEIL Simone (1927-), plusieurs fois ministre de la santé (mai 1974 – juillet 1979 et mars 1993 – mai 1995) , Présidente du Parlement européen (juillet 1979 – janvier 1982), Membre du Conseil constitutionnel (1998-2007)

⁵¹⁰ Conseil d'Etat, 6 / 2 SSR, du 16 juin 1976, 94769, publié au recueil Lebon, sources Légifrance.gouv.fr

⁵¹¹ Décret n°85-188 du 7 février 1985 relatif au diplôme d'Etat de psycho-rééducateur, article 1er « A compter de la date d'entrée en vigueur du présent décret, le mot « psychorééducateur » est remplacé par le mot « psychomotricien » dans tout acte administratif en comportant la mention » , JORF du 09 février 1985, p. 1744

⁵¹² Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, JORF du 8 mai 1988, p. 7465

Conseil d'Etat le 8 juillet 1988. La presse professionnelle de l'époque⁵¹³ a largement exposé le fondement de cette action. Le fondement de la requête en annulation se fonde sur le danger de confusion pouvant naître dans le domaine des techniques corporelles, entre psychomotriciens et orthophonistes notamment en matière de « [...] *rééducation des désordres psychomoteurs, tels les troubles de la graphomotricité* » et avec les masseurs-kinésithérapeutes en ce qui concerne « [...] *la contribution au traitement des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique* ». Cette ultime tentative n'ayant pas été couronné de succès, une nouvelle circulaire de la Direction générale de la Santé⁵¹⁴ va clarifier la situation.

Comme chacun sait, une circulaire n'est, à quelques exceptions près, ni plus, ni moins qu'une explication de texte et n'a ni plus ni moins de valeur qu'une « note de service ». Conformément au principe général cette circulaire expose l'état du droit résultant du règlement qui justifie son intervention en vue d'assurer sur l'ensemble du territoire une application aussi uniforme que possible du droit positif⁵¹⁵.

En l'espèce, après avoir rappelé qu'en matière de monopole d'exercice professionnel « [...] *si l'article L.487 [code de la santé] publique réserve le monopole du massage et de la gymnastique médicale aux masseurs-kinésithérapeutes, la définition de ces termes étant précisée par les articles 1 & 2 du décret du 26 août 1985* »⁵¹⁶, rien ne s'oppose à ce que l'on définisse des compétences communes à des professions inscrites au code de la santé publique et à d'autres non inscrites dès lors que l'on ne porte pas atteinte au monopole d'activité reconnu par la loi [...] . » il est donc possible que deux professions ayant des domaines de compétence très proches, voir se juxtaposant, possèdent des compétences qui leur sont propres du fait d'études différentes mais toutes deux sanctionnées par un diplôme d'Etat : « [...] *Dans ce sens le décret n° 888-659 du 6 mai 1988 confie aux psychomotriciens la*

⁵¹³ Kiné Actualités, 1er et 15 septembre 1988

⁵¹⁴ Circulaire DGS/OB n° 925 du 14 juin 1989 précisant certaines dispositions du décret n° 88-659 du 6 mai 1998 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

⁵¹⁵ Source : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

⁵¹⁶ Décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 30 août 1985, p. 10032 : Article 1er : « *On entend par massage toute manœuvre réalisée sur la peau, manuellement ou par l'intermédiaire d'appareillages autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodiques, mécaniques ou réflexes des tissus.* » ; article 2 : « *On entend par gymnastique médicale la mise en oeuvre et la surveillance dans un but thérapeutique des actes à visée de rééducation neuro-musculaire, corrective ou compensatrice. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin les postures et les actes de mobilisation articulaire passive aidée, active ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapeutiques.* »

rééducation d'affections qui peuvent résulter d'un trouble d'ordre physique et se situer au carrefour de pathologies somatiques et psychiques. Ces deux professions ont cependant une spécificité propre dans à la prise en charge ou l'exécution des actes prescrits. Cette spécificité découle des enseignements et des études sanctionnées pour chacune d'elle par un diplôme d'Etat ». Le décret du 6 mai 1988, ayant été pris en application de l'article L.372 du Code de la santé publique marque, en quelque sorte, le début de l'incursion de la psychomotricité dans le Code de la santé publique. Les psychomotriciens n'obtiendront leur inscription au livre IV du Code de la Santé publique qu'en 1995⁵¹⁷.

La multiplication des professions d'auxiliaires médicaux associée au désir des pouvoirs publics de rationaliser leur organisation va avoir pour conséquence la disparition du Conseil supérieur de la kinésithérapie et subséquemment de celui de la pédicurie phagocyté par le Conseil supérieur des professions paramédicales créé en 1973⁵¹⁸.

3. Un Conseil supérieur des professions paramédicales pour des professions d'auxiliaires médicaux

Au cours de l'année 1973, le Conseil supérieur de la kinésithérapie est supprimé, remplacé par le Conseil supérieur des professions paramédicales (CSPP). Une large majorité des masseurs-kinésithérapeutes va vivre cette disparition comme un véritable camouflet et une atteinte à la pérennité de leur profession. Cependant, ce qui à l'époque a représenté un véritable tsunami⁵¹⁹ pour la profession était inéluctable car si la profession de masseur-kinésithérapeute à quelque peu évoluer, dès le début des années 1960, elle a dû s'accommoder de la présence non désirée, comme nous l'avons évoqué supra, de différentes professions de la rééducation.

Les masseurs-kinésithérapeutes étaient très attachés au Conseil supérieur de la kinésithérapie, le considérant comme un organe de pouvoir qui leur appartenait en propre⁵²⁰ même s'il reconnaissait que du fait d'une présentation minoritaire leur voix était écoutée d'une oreille distraite mais rarement entendue. Leur désarroi et leur irritation face à cette mesure furent

⁵¹⁷ Loi no 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, article 15-1, JORF du 05 février 1995, p. 1992

⁵¹⁸ Décret n°73-901 du 14 septembre 1973 créant un conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 20 septembre 1973, p. 10198

⁵¹⁹ Tsunami : étymologie 1915; transcription d'un mot japonais, de tsu « port » et nami « vague », Raz de marée, sur les côtes du Pacifique. Par analogie : Vague sismique. Dictionnaire de la langue française, Le Grand Robert, édition numérique, 2014

⁵²⁰ Nous avons vu ce qu'il en était réellement dans la première partie de ce travail !

comparables à la réaction d'une large part du corps médical qui eut beaucoup de mal à faire son deuil de la perte du secret médical lorsqu'en 1994, l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal lui substitua le secret professionnel. Si le corps médical a été en matière de secret professionnel dans le déni en occultant cette évolution jurisprudentielle, il en fut de même pour les masseurs-kinésithérapeutes qui refusèrent de prendre en compte les conséquences liées à l'apparition des nouvelles professions investissant le champ de la rééducation.

Après avoir dû accepter à contrecœur et seulement par la contrainte des pouvoirs publics, la cohabitation avec de nouvelles professions empiétant largement sur leur domaine de compétence qu'ils croyaient, à l'instar du massage, protégé par la loi du 30 avril 1946, ils durent admettre la disparition de Leur Conseil, là où leurs représentants pouvaient exprimer leurs souhaits et doléances, sa dilution dans un organisme regroupant douze professions⁵²¹, dont plusieurs (ergothérapie, psychorééducation et à un moindre degré orthophonie) étaient vécues à l'époque comme spoliatrices. On peut comprendre cette réaction. Le CSK était né avec la loi du 30 avril 1946. Depuis cette date il accompagnait la profession. En quelque sorte il faisait partie intégrante de l'héritage « culturel » de la profession. Mais, si on dépassionne le débat et que l'on aborde la question de manière objective et impartiale, force est de constater que de connivence avec le corps médical les pouvoirs publics ont favorisé l'apparition de nouvelles professions dans le domaine de la rééducation, les ont organisés de manière homogène et ce faisant, pouvant mieux contrôler tant leur formation professionnelle que leurs modes d'exercice ont parachevé cette organisation en instituant un organe principalement chargé de « [...] donner son avis sur les questions relatives à l'exercice des professions paramédicales et à l'enseignement organisé en vue de l'obtention du diplôme [...] ». L'intégration de toutes ces professions au sein du livre IV, titres II et suivants du Code de la Santé Publique concrétisera cette volonté.

⁵²¹ Arrêté du 09 mai 1974 fixant la liste des commissions constituant le conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 22 mai 1974, p. 5582. Article 1er « La liste des commissions constituant le conseil supérieur des professions paramédicales est la suivante : audioprothésistes, ergothérapeutes, infirmier(e)s, laborantins d'analyses médicales, manipulateurs d'électroradiologie, masseurs-kinésithérapeutes, opticiens-lunetiers, orthophonistes, pédicures, puéricultrices, psychorééducateurs. »

Initialement voulu par Madame Marie-Madeleine Dienesch⁵²², le Conseil supérieur des professions paramédicales va être créé sous l'égide de Michel Poniatowski⁵²³. La séance inaugurale du Conseil supérieur des professions paramédicales aura lieu le 7 avril 1975 présidé par Madame Simone VEIL⁵²⁴, ministre de la santé.

Le CSPP va regrouper les professions de soins, de rééducation, les techniciens d'exploration fonctionnelle, les professions à caractère partiellement commercial comme les prothésistes dentaires ou les lunetiers-opticiens. Organisme consultatif paritaire représentatif de l'ensemble des professions paramédicales réglementées par le Code de la Santé Publique sa mission était d'émettre, sur demande du ministre de la santé, des avis sur les questions intéressant l'exercice de ces professions, l'enseignement organisé en vue de l'obtention de diplômes, titres et certificats délivrés par le ministre de la santé en vue de l'exercice d'une profession de santé autre qu'une profession médicale et sur toutes autres questions intéressant une ou plusieurs professions paramédicales. En outre, il exercera les attributions dévolues par l'article 4 de l'arrêté du 22 mars 1947 à la commission centrale créée au ministère chargé de la santé publique pour l'application des dispositions des articles 5 et 13 de la loi du 8 avril 1946 relative à l'exercice de la profession d'infirmier et d'infirmière.

On peut comprendre la volonté des pouvoirs publics de regrouper administrativement des métiers ayant des dénominateurs communs amis en harmonisant les règles d'organisation, de fonctionnement ainsi que celles relatives aux études et aux diplômes les sanctionnant.

Mais cette détermination ne va pas aller sans poser de nombreux problèmes liés à la multiplicité des facteurs différenciant ces professions entre elles. Les pratiques, si elles ont un dénominateur commun, à savoir traiter les déficiences et ainsi réduire les incapacités des

⁵²² DIENESCH Marie-Madeleine (1914-1998), femme politique française, députée des Côtes d'Armor de 1945 à 1981, a occupé de nombreux postes dans la diplomatie mais aussi comme secrétaire d'Etat. Secrétaire d'État à l'Assistance sociale et à la Réadaptation (juillet 1968 – mai 1974).

⁵²³ PONATOWSKI Michel (1922-2002), homme politique français d'origine polonaise, proche collaborateur de Valéry Giscard d'Estaing, ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale de 1973 à 1974, ministre d'État, ministre de l'Intérieur de 1974 à 1977.

⁵²⁴ VEIL Simone (1927-), femme politique française, ministre de la santé du 28 mai 1974 au 4 juillet 1979 puis du 31 mars 1993 au 11 mai 1995. Auteur de la loi éponyme promulguée le 17 janvier 1975, dépénalisant le recours pour les femmes à l'interruption volontaire de grossesse. Présidente du Parlement européen de juillet 1979 à janvier 1982

patients⁵²⁵ ont des champs d'intervention très différents, car de plus en plus spécialisés. À cela viennent se surajouter des motifs d'ordre économique, politique et de formation.

Il est indéniable que les masseurs-kinésithérapeutes ont beaucoup perdu en la matière car ils ont dû se fondre dans la mouvance des métiers de la rééducation et ce au moment où ils pensaient obtenir un élargissement de leur champ d'action. Chaque profession paramédicale a ses propres problématiques tenant compte de son mode d'exercice, de son environnement économique. Le fait que quelques professions (orthophonie, psychomotricité) soient sous une double tutelle va complexifier le problème et entraver le déroulement de l'homogénéisation souhaitée.

Le CSPP sera remplacé en 2002 par un Conseil des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste⁵²⁶.

Ceci étant on ne peut s'empêcher de rappeler une curiosité textuelle que nous avons relevée dans le Code de la santé publique.

On aurait pu penser qu'après la substitution, en 1973⁵²⁷, du Conseil supérieur de la kinésithérapie par le Conseil supérieur des professions paramédicales, lui-même remplacé par le Haut conseil des professions paramédicales en 2007⁵²⁸ après le court et virtuel intermède du Conseil des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste⁵²⁹, le terme paramédical remplacerait irrémédiablement celui d'auxiliaire médical. Or, il n'en fut rien. La quatrième partie de la partie législative du CSP le livre III est toujours intitulé « *Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers* »

⁵²⁵ Organisation Mondiale de la Santé : Classification Internationale Classification Internationale des Handicaps, (1980) et du Fonctionnement, du handicap et de la santé, 22 mai 2001. Handicap : « *conséquence socio-professionnelle d'une déficience ou d'une incapacité* » ; Déficience : « *toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique* » ; Incapacité : « *toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain* ».

⁵²⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article 71, JORF du 5 mars 2002, p. 4118

⁵²⁷ Décret n°73-901 du 14 septembre 1973 créant un Conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 20 septembre 1973, p. 10198

⁵²⁸ Décret n° 2007-974 du 15 mai 2007 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales, JORF n°113 du 16 mai 2007, p. 9372

⁵²⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article 71

Il faut remarquer qu'à l'avènement de la kinésithérapie, la seule terminologie employée pour désigner le groupe de praticiens de santé auquel appartenaient les masseurs-kinésithérapeutes aux côtés des infirmiers, des infirmières et des pédicures était « auxiliaire médical ».

Dans le dictionnaire Robert auxiliaire est défini comme étant une personne qui agit ou qui est utilisé en second lieu à titre de secours mais aussi comme une personne qui aide en apportant son concours. En matière médical, il s'agit d'un technicien qui seconde un technicien plus qualifié (Auxiliaires médicaux, hospitaliers.) Étymologiquement auxiliaire⁵³⁰ est un emprunt de la Renaissance (1512) du latin *auxiliaris* (adj.) ou *auxiliarus* (adj. et n.) dérivés de *auxilium* secours issue du radical verbal *augere* (→ augmenter) « croître » et « faire croître », et signifie à l'origine « accroissement de forces, renfort ». Les premiers emplois français sont des latinismes, concernant des troupes envoyées en renfort. C'est au XVII^e siècle que l'adjectif entre dans l'usage général, probablement d'abord dans un contexte juridique puis militaire. Si l'on s'en tient à cette définition, c'est donc juste titre que pendant près de cinquante ans les personnels agissant sur ordre et sous la direction des médecins étaient qualifiés d'auxiliaires médicaux.

À la fin des années 1960, la dénomination paramédicale va être de plus en plus souvent employée. La consultation du dictionnaire Le Grand Robert nous apprend que paramédical, [paramedikal, o] est un adjectif qui, étymologiquement, est né au milieu du XX^e siècle de para- et médical qui désigne « *une personne qui se consacre aux soins, au traitement des malades, sans appartenir au corps médical.* » (F. Cloutier, *la Santé mentale*, p. 88). — *Se dit des activités relatives à la santé qui ne dépendent pas directement de la médecine. Les professions paramédicales.* »

Le préfixe grec *para* peut marquer l'origine ou l'auteur d'un acte ; elle a souvent le sens d'« auprès de » [...]. Elle s'est prêtée à exprimer la comparaison, puis la différence, prenant finalement la valeur d'« en dehors de » presque opposée à son sens premier. En grec, *para* était très souvent employé en composition avec les sens d'« auprès de ». Certains emplois divergents sont d'ailleurs clairs si l'on songe que le français à côté exprime la notion de « proximité ». Au XIX^e et au XX^e siècle, para va servir à construire de nombreux termes du vocabulaire médical. Au XX^e siècle devient très productif, avec un second élément emprunté au vocabulaire de la langue courante dans la langue administrative et dans celle de certains milieux professionnels Le mot para-médical en est l'exemple le plus abouti. D'ailleurs, d'un

⁵³⁰ Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain Rey, Le Robert, avril 2012

point de vue sémantique, *para* exprime souvent l'idée de contiguïté, de proximité spatiale ou d'appartenance à un domaine proche⁵³¹.

C'est donc l'apparition progressive des nouvelles professions consacrées à la rééducation dans des domaines jusqu'alors inaccessibles aux traitements rééducatifs qui a modifié le regard porté sur le rôle de ces professionnels ainsi que sur leur place par rapport au corps médical. Originellement, les infirmiers et les infirmières puis les masseurs, d'abord médicaux avant de devenir kinésithérapeutes étaient vraiment des auxiliaires médicaux. Les infirmiers et les infirmières « *généralistes* » le sont toujours d'ailleurs, car venant apporter aide et assistance aux médecins alors qu'on peut se poser la question pour ceux qui se sont spécialisés, en l'espèce nous pensons particulièrement aux infirmiers et infirmières anesthésistes. Que doit-on penser du rôle propre reconnu à la profession d'infirmier (e) par les textes⁵³² qui renvoie à la notion de compétence de ces professionnels qui dans le cadre de leur rôle propre ont l'obligation, après avoir procédé à l'évaluation des besoins du patient et établi un diagnostic infirmier, de prendre l'initiative et d'organiser la mise en œuvre des soins, accessoirement d'encadrer et de contrôler les aides-soignants et auxiliaires de puériculture dont ils peuvent solliciter la collaboration après s'être assurés de leur compétence du fait de leur formation sans oublier la gestion du dossier de soins infirmiers⁵³³. L'évolution des soins et des connaissances médicales a permis la différenciation de certaines techniques pratiquées par des professionnels exerçants, certes, sur prescription médicale mais à côté des médecins répondant plus à la qualification de paramédicaux que d'auxiliaires médicaux.

Il en est ainsi des nouvelles professions relatives à l'appareillage médical : orthoprothésiste⁵³⁴, podo-orthésiste⁵³⁵, orthopédiste-orthésiste⁵³⁶, oculariste⁵³⁷ et épithésiste⁵³⁸.

⁵³¹ Cf. *supra*

⁵³² Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier du 16 février 2002, p. 3040 modifié par le Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, JORF du 27 juin 2004, p. 11713

⁵³³ Articles R.4311-3 à R.4311-5 CSP

⁵³⁴ Orthoprothésiste : Auxiliaire de santé procédant à l'appareillage des personnes malades ou atteintes d'un handicap par appareillage orthétique ou orthopédique réalisé sur mesure ou par appareillage orthétique ou orthopédique de série. (Article D4364-6 CSP)

⁵³⁵ Podo-orthésiste : Auxiliaire de santé procédant à l'appareillage orthopédique sur mesure du pied, par chaussure orthopédique sur mesure et sur moulage, par appareil podo-jambier sur moulage pour chaussures de série ou orthopédiques, d'une personne malade ou handicapée présentant soit une amputation partielle du pied, soit une déficience ostéo-articulaire, musculaire ou neurologique du pied ou de l'extrémité distale de la jambe, voire de ces deux régions anatomiques associées. (Article D4364-3 CSP)

En fait, il appert qu'auxiliaire médical est avant tout une appellation définie par le CSP⁵³⁹, regroupant une très large diversité de métiers exercés dans des contextes très différents, correspondant à la notion de profession paramédicale comme nous le montre le tableau infra.

Les auxiliaires médicaux en France au 1er janvier 2014

(sources: DREES, ADELI, ASIP-RPPS (Traitements DREES))

	Exercice libéral ou mixte	Salarié	Total
Audioprothésiste	1045	2052	3 097
Dietéticien	2838	6 417	9 255
Epithésiste	42	29	71
Ergothérapeute	727	8395	9 122
Infirmier	103 393	513 403	616 796
Manipulateur ERM	0	32 316	32 316
Masseur-kinésithérapeute	64 032	16 727	80 759
Oculariste	24	17	41
Opticien-lunetier	8367	20704	29 071
Orthopédiste-Orthésiste	668	731	1399
Orthoprothésiste	142	883	1025

Il est généralement affirmé qu'au sein du Code de la santé publique, à la différence du tableau supra, que le classement des différentes professions paramédicales a été effectué en fonction de sa proximité avec le corps médical en matière de soins. C'est ainsi que la profession d'infirmier (e) apparaît en premier devant les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues puis les ergothérapeutes et les psychomotriciens, etc.. Mais, l'interprétation peut être différente. Pour notre part, nous y voyons un classement chronologique prenant en compte l'ancienneté de la réglementation relative à ces professions. Nous ne pouvons pas terminer cette courte réflexion sans remarquer l'ambiguïté persistante dans l'emploi de ces deux mots comme le montre le document infra⁵⁴⁰.

⁵³⁶ Orthopédiste-orthésiste : Auxiliaire de santé procédant à l'appareillage orthopédique externe sur mesure avec prise d'empreinte ou moulage d'une personne malade ou handicapée présentant soit une amputation de tout ou partie d'un membre, soit une déficience ostéo-articulaire, musculaire ou neurologique. (Article D.4364-2 CSP)

⁵³⁷ Oculariste : Auxiliaire de santé procédant à l'appareillage du globe oculaire non fonctionnel ou d'une cavité orbitaire consécutive à une énucléation ou une éviscération, par prothèse oculaire externe sur mesure, d'une personne malade ou handicapée. (Article D4364-4 CSP)

⁵³⁸ Epithésiste : Auxiliaire de santé procédant à l'appareillage, par prothèse faciale externe sur mesure, d'une personne malade ou handicapée présentant une perte de substance de la face ou des oreilles, voire de ces deux régions anatomiques associées. (Article D4364-5 CSP)

⁵³⁹ RAVALLEC Céline, Professions Paramédicales, revue Travail et Sécurité, n° 750, mai 2014, p. 16-17

⁵⁴⁰ Document édité par l'association de gestion agréée de l'Union Nationale des Professions Libérales (UNAP), l'Association Régionale Agréée des Professions Libérales (ARAPL)



Comme ce fut le cas avec le CSK, le CSPP a aussi été le cadre de conflits concernant la majoration de la durée des études de kinésithérapie. En l'espèce, l'opposition des médecins spécialisés en particulier ceux de médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelle et celle de l'Administration de tutelle à cette mesure, l'Administration s'inquiétant d'une extension de la revendication aux professions de rééducation dont l'exercice professionnel serait majoritairement salarié. Ayant commencé, après plusieurs années de négociation à unifier administrativement lesdites professions, elle ne souhaitait pas rompre la cohésion du groupe paramédical réalisée avec difficulté. De plus, un allongement des études risquait de s'accompagner de revendications financières. À la fin de l'année 1988, pour mettre fin à six années de controverse, Madame la docteure Michèle BARZACH, ministre déléguée, Chargée de la Santé et de la Famille, prend la décision de réunir un groupe pour l'étude d'une année préparatoire aux études de kinésithérapie sous la présidence de Monsieur DORION, Inspecteur Général des Affaires Sociales. Il va être proposé aux écoles qui le désirent, de confier aux facultés de médecine l'organisation des épreuves de sélection après une année préparatoire universitaire commune avec les étudiants en médecine et en odontologie. Cette offre supprime pour celle-ci, les épreuves d'admission dont l'organisation venait d'être confiée aux écoles de kinésithérapie par l'arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission aux écoles préparant au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien.

Ayant obtenu une mainmise absolue sur l'ensemble d'un secteur paramédical finement parcellisé, le corps médical ne s'opposera plus à ce que la profession de masso-kinésithérapie évolue.

D'autant plus que cette évolution des conditions d'études, des règles relatives au diplôme d'Etat ou à l'exercice professionnel se fera, à compter du début des années 1970 dans le cadre général de l'évolution des règles régissant l'ensemble des professions paramédicales.

La première avancée significative qui va faire évoluer la profession est la création d'une troisième année d'études préparatoires au diplôme d'Etat bientôt suivie par celle du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur cadre.

TITRE II - UNE EVOLUTION MARQUEE PAR L'OBTENTION D'UNE 3EME ANNEE D'ETUDES

CHAPITRE I - UN PROCESSUS EVOLUTIF BOUSCULE PAR LES EVENEMENTS DU PRINTEMPS 1968

Paragraphe 1 Conditions d'études et de diplôme d'Etat

En France, le millésime 1968 est resté célèbre à cause des événements du mois de mai qui animèrent le Quartier Latin à Paris⁵⁴¹ et furent le catalyseur d'un vaste mouvement de

⁵⁴¹ C'est en 1968 que la contestation menée contre la politique menée par le Général De Gaulle (réélu Président de la République en 1965) et son Premier ministre Georges Pompidou va atteindre son paroxysme. Malgré la croissance liée à ce que l'on appelle les Trente Glorieuses, un fort malaise social touche la population française, exploité par les partis politiques de gauche. Le décalage entre le pouvoir et la société va éclater avec la révolte étudiante de mai 1968. Dans les milieux étudiants, les idées maoïstes et la lutte menée pour la libération des peuples trouvent de plus en plus d'échos. C'est l'époque où arrive en masse dans le système éducatif, la génération du baby-boom d'après-guerre sans que des moyens supplémentaires lui soit alloué. A titre d'exemple, en 1958 l'enseignement supérieur comptait environ 200 000 étudiants, dix ans plus tard ce chiffre a presque triplé. Le mouvement étudiant va débiter au mois de mars 1968 au sein de la nouvelle université de Nanterre, avec l'occupation des locaux par les partisans du « Mouvement du 22 mars », d'inspiration libertaire, rassemblement composite d'anarchistes, de trotskistes, de maoïstes. Daniel Cohn-Bendit en est la personnalité la plus médiatisée. Ses revendications, tout en traduisant le réel malaise qui touche une partie de la jeunesse française sont aussi hétéroclites que l'obédience de ses membres, allant de revendications de vie quotidienne comme par exemple avoir la possibilité pour les étudiants d'aller dans les chambres des filles de la résidence universitaire à la lutte contre la guerre du Vietnam. L'occupation des locaux, liée à l'arrestation de militants communistes à l'issue d'une manifestation va entraîner la fermeture administrative de l'université ce qui va déplacer le conflit en plein cœur de Paris à la Sorbonne qui, elle aussi va être fermée le 3 mai 1968. Entre temps le conflit s'est élargi et durci, les revendications touchant maintenant directement le pouvoir gaulliste. Des barricades vont être érigées. De violents affrontements vont opposer étudiants et forces de l'ordre faisant de nombreux blessés de part et d'autre. Les grandes centrales syndicales ouvrières curieusement muettes jusqu'alors, vont à partir du 13 mai se joindre au mouvement étudiant en appelant à la grève générale. Dans les jours qui suivent, les manifestations se succèdent, les grèves et les occupations d'usine se généralisent en province créant un climat que l'on peut qualifier de « pré-révolutionnaire ». Après un moment de flottement, à la fin du mois de mai, le pouvoir en place conduit par le Premier ministre va entamer des négociations avec les syndicats qui aboutiront aux « accords de Grenelle » se traduisant par une hausse générale de 10% de tous les salaires, de plus de 30% du SMIG ainsi le paiement des jours de grève à hauteur de 50% du salaire. À la suite de la dissolution de l'Assemblée Nationale par le Président de la République, les élections législatives anticipées du mois de juin 1968 se soldent par une nette victoire du pouvoir en place. Le bilan de mai 1968 est donc contrasté sur le plan politique mais sur un plan social le mouvement a été à l'origine d'une formidable accélération, les

revendications sociétales à l'origine de bien des réformes notamment des systèmes scolaires et universitaires. En matière d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute point de réforme. Tout au plus pouvons-nous citer, d'un point de vue anecdotique, une des dispositions de l'arrêté du 20 mars 1968⁵⁴² relatif aux conditions d'admission dans les écoles de masso-kinésithérapie qui précise que pour être dispensé des épreuves d'aptitude, il faut être titulaire du baccalauréat « [...] *de l'enseignement secondaire en vue de l'accès aux facultés* ». Nous la mettons en exergue car c'est à notre connaissance la première référence, certes sibylline, au système universitaire figurant dans un texte relatif à la profession de masseur-kinésithérapeute ! Cela méritait d'être souligné !

Les critères d'admission se durcissent puisqu'il est désormais précisé que tout candidat ayant échoué deux fois à l'examen d'aptitude à l'admission dans une école de masso-kinésithérapie est définitivement éliminé. La composition du jury est modifiée pour être plus en adéquation avec le niveau de l'examen. Ce n'est plus l'inspecteur divisionnaire de la santé mais par le médecin inspecteur régional qui le préside. Il est composé de docteurs en médecine et de membres de l'enseignement public qui, dorénavant, doivent appartenir à l'enseignement public du second degré, ce qui semble normal dans la mesure où le niveau de connaissances demandé est équivalent à celui du baccalauréat. Les sujets d'examen sont identiques dans toutes les circonscriptions régionales.

Les conditions de l'examen de passage en deuxième année, sont précisées. Le président du jury d'examen est toujours un médecin désigné par l'inspecteur divisionnaire de la santé, mais désormais il doit obligatoirement s'agir « [...] *d'un médecin ayant une compétence particulière en rééducation et réadaptation fonctionnelle* ». Il s'agit là, de la reconnaissance explicite de la récente spécialité médicale de rééducation et réadaptation fonctionnelle. Alors que précédemment, le 3^e alinéa de l'article 9 de l'arrêté du 11 février 1964 disposait que « [...] *cet examen de passage porte sur les matières du programme de la première année et comporte des épreuves écrites et pratiques* ». Le texte précité précise le contenu de cet examen constitué de deux groupes d'épreuves. Le premier consiste en deux épreuves écrites, notées chacune sur 40 points portant d'une part sur la technologie et d'autre part sur l'une des matières inscrites au programme de la première année (anatomie, physiologie, pathologie),

accords de Grenelle marquant des avancées significatives pour les salariés. Le combat des étudiants n'aura pas été vain puisque vont être mise en place une réforme du système éducatif et un renouvellement des méthodes d'enseignement.

⁵⁴² Arrêté du 20 mars 1968 portant admission dans les écoles préparant au diplôme, examen de passage, dispense de stages et de scolarité, conditions des épreuves du diplôme d'Etat abrogeant les arrêtés des 19 juin 1963 et 11 février 1964, JORF du 22 mars 1968, p. 2984

tirée au sort par le président du jury en présence des candidats. Les candidats ayant obtenu la moyenne seront autorisés à se présenter aux épreuves pratiques et orales qui consistent en une démonstration commentée de techniques de physiothérapie et de kinésithérapie active effectuées devant un jury composé d'un médecin et d'un masseur-kinésithérapeute chargés de l'enseignement. Cette démonstration étant suivie par une interrogation orale portant sur la matière non tirée au sort à l'écrit. La moyenne est exigée pour pouvoir être déclaré admis. Comme par le passé cet examen de passage comporte deux sessions. Les candidats ayant échoué à la première session, seront autorisés à se représenter à la deuxième session à condition d'avoir obtenu au moins 28 points sur 80 aux épreuves écrites. Les candidats qui auront échoué tant à la première session qu'à la seconde seront admis à redoubler mais un nouvel échec à la fin de la scolarité leur interdira définitivement la poursuite des études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

L'élève qui aurait dû interrompre ses études en cours de scolarité pour des raisons de santé sera autorisé à les reprendre l'année suivante à condition toutefois qu'il refasse sa scolarité à moins d'avoir achevé sa première année d'études et subi avec succès l'examen de passage. Dans ce cas, il conservera le bénéfice de son succès pendant trois ans.

En matière de dispenses de première année d'études, la seule modification apportée est une précision relative au régime des études médicales. Alors que précédemment le texte ne faisait référence qu'à l'ancien et au nouveau régime des études médicales, l'article 16 de l'arrêté du 20 mars 1968 précise que peuvent s'inscrire en deuxième année d'études en étant dispensés de la première année, sous réserve d'avoir satisfait aux épreuves écrites de l'examen de passage en deuxième année les personnes titulaires « [...] *de deux inscriptions annuelles de médecine validées (régime 1934), de trois inscriptions annuelles de médecine validées (régime 1960) ou de deux inscriptions annuelles de médecine validées (régime 1963).*

La réorganisation des services extérieurs de l'État chargés de l'action sanitaire et sociale⁵⁴³ va avoir plusieurs conséquences. Antérieurement la date des deux sessions d'examen du diplôme d'Etat était fixée sur proposition de l'inspecteur divisionnaire de la santé territorialement compétent. Désormais, cette décision est du ressort du ministre de la santé et des affaires sociales. La réforme ayant, aux inspecteurs divisionnaires de la santé, substitué les médecins inspecteurs régionaux ces derniers auront désormais le pouvoir d'accorder une dérogation au

⁵⁴³ Décret n°64-783 du 30 juillet 1964 portant réorganisation et attributions des services extérieurs de l'Etat chargés de l'action sanitaire et sociale, JORF du 1^{er} août 1964, p. 6934

candidat qui, pour des raisons de force majeure, n'aurait pas eu la possibilité de se présenter à la première session d'examen.

Nonobstant, les principales modifications ont trait aux stages pratiques effectués en milieu hospitalier. En premier lieu, le texte prévoit qu'un candidat ne justifiant pas de la totalité des stages exigés pourra être autorisé à se présenter, par décision expresse du médecin inspecteur de la santé, à la session de septembre à condition que la durée du stage non validé n'excède pas deux mois et que le stage soit accompli entre les deux sessions. En second lieu, l'accent est mis sur la validation des stages pratiques qui doit « [...] être attestée par le carnet de scolarité qui doit être visé par chacun des chefs de service dans lesquels le candidat a été affecté ». Les critères de validation sont de deux ordres. Le travail effectué durant les stages par le candidat qui fait l'objet d'une appréciation globale de la part de chacun des chefs de service (bon, passable, mauvais) et une démonstration pratique, au cours de laquelle le candidat subit une interrogation orale, réalisée devant le chef de service ou un assistant et un masseur-kinésithérapeute désigné à cet effet. L'appréciation « mauvais » à l'une des deux épreuves interdit la validation du stage.

Les conditions de redoublement sont durcies. Auparavant, en cas d'échec aux épreuves d'admissibilité, les candidats étaient autorisés à se présenter à trois reprises. Désormais, l'échec aux deux sessions des épreuves d'admissibilité, impose au malheureux candidat de refaire une nouvelle scolarité. Pour ce qui est de l'échec aux épreuves d'admission, les conditions sont précisées.

Antérieurement, le candidat admissible pouvait se présenter à nouveau sans scolarité nouvelle, l'admissibilité n'étant toutefois valable que pour la session suivante. On peut penser que cette formulation fut à l'origine de quelques difficultés puisque le nouveau texte dispose que « [...] en cas d'échec aux épreuves d'admission, le candidat conserve le bénéfice de son admissibilité pour la deuxième session ». Comme c'était déjà le cas un deuxième échec aux épreuves d'admission impose au candidat d'accomplir une nouvelle scolarité et à subir de nouveau la totalité des épreuves à une autre session mais il est ajouté que « [...] il en est de même pour l'échec aux épreuves d'admission du mois de septembre. » In fine, alors que les anciens textes précisaient que « [...] un échec à quatre sessions subi tant aux épreuves d'admissibilité qu'aux épreuves d'admission est définitivement éliminatoire [...] », la nouvelle rédaction précise que c'est l'échec à la fin du redoublement de la deuxième année d'étude qui est désormais synonyme d'élimination définitive. Est-ce le signe de l'agitation qui perturbe le fonctionnement de la République depuis quelques semaines, à peine dix jours plus

tard, un nouvel arrêté⁵⁴⁴ va apporter quelques modifications à ces nouvelles dispositions. Les plus significatives concernent la remise du diplôme d'Etat. Ces deux textes disposent que désormais, le diplôme d'Etat sera décerné par arrêté du ministre des affaires sociales. Jusqu'alors le chef du service régional de l'action sanitaire et sociale dans l'attente de la remise du diplôme officiel, pouvait délivrer un certificat provisoire conférant les mêmes droits que le diplôme d'Etat, échangeable dans un délai de deux ans, dès la parution de l'arrêté ministériel. In fine, il est expressément formulé que les dispositions du présent arrêté sont applicables à partir de la rentrée scolaire 1968-1969 et que les dispositions des arrêtés du 19 juin 1963 et du 11 février 1964 seront abrogées à partir de la même date.

C'est également au printemps 1968⁵⁴⁵ qu'une réforme, liée à la création d'un corps de masseur-kinésithérapeute moniteur, va modifier la gouvernance des écoles de masso-kinésithérapie.

Paragraphe 2 Une amorce de changement dans la gouvernance des écoles

Désormais, les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute vont devoir être dirigées par un directeur ou une directrice, nommé par l'organisme gestionnaire, cette nomination étant bien évidemment soumise à l'agrément du ministre de tutelle qui statuera après avis du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie. La direction de l'école sera assurée soit par un docteur en médecine ayant des connaissances particulières en kinésithérapie, soit par un masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat, titulaire du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur.

Pour pouvoir assurer ce poste deux conditions cumulatives sont imposées : être de nationalité française et âgé de trente ans au moins. On peut remarquer que le texte précise expressément que le titulaire du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur doit être un masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat, ce qui de facto élimine tout masseur-kinésithérapeute ayant obtenu le titre de masseur-kinésithérapeute par équivalence.

Un conseil technique assiste le directeur dans ses fonctions. Il a pour attribution de valider, avant chaque rentrée scolaire, la liste des professeurs et des masseurs-kinésithérapeutes moniteurs établie par le directeur. Il a également la charge de donner son avis sur les

⁵⁴⁴ Arrêté du 1er avril 1968 modifiant l'arrêté du 20 mars 1968 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 04 avril 1968, p. 3488

⁵⁴⁵ Arrêté du 20 mai 1968 relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 1er juin 1968, p. 5339

questions concernant l'enseignement et notamment les règles d'admission des élèves ainsi que l'élimination des élèves inaptes, compte tenu de la réglementation en la matière. Outre le médecin inspecteur départemental qui le préside, ce conseil est composé de cinq membres désignés pour trois ans. Trois des membres sont désignés par le directeur d'école (un représentant de l'organisme gestionnaire, un représentant des professeurs médecins et un masseur-kinésithérapeute moniteur). Les deux autres membres sont désignés par le médecin inspecteur départemental après avis du directeur d'école. Il s'agit d'un médecin ayant des connaissances particulières en kinésithérapie et un masseur-kinésithérapeute moniteur n'appartenant pas au personnel d'enseignement de l'école. Le directeur de l'école, qui en assure le secrétariat, assiste avec voix consultative aux réunions du conseil technique qui doit se réunir au moins une fois par an.

L'enseignement des matières médicales (l'anatomie, physiologie et sciences annexes, pathologie médicale et chirurgicale, hygiène) est obligatoirement dispensé par des docteurs en médecine ayant une compétence particulière dans ces disciplines. Le texte indique que la désignation provisoire d'un nouveau professeur, ou d'un nouveau masseur-kinésithérapeute moniteur, ou l'utilisation provisoire en cours d'année scolaire d'un nouveau terrain de stage non encore agréé pour l'école doit obligatoirement faire l'objet d'une notification au médecin inspecteur régional de la santé et au directeur de l'action sanitaire et sociale qui en informera le ministre des affaires sociales.

Il est réitéré que les masseurs-kinésithérapeutes moniteurs doivent être titulaires du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute et du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur. Cependant, à titre transitoire, jusqu'au 1^{er} septembre 1969, la justification du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur ne sera pas exigée des masseurs-kinésithérapeutes moniteurs ayant demandé l'équivalence dudit certificat par application du décret du 25 juillet 1967. Leur nombre doit correspondre à l'effectif et à la répartition des élèves en 1^{re} et 2^e années d'études. Le texte précise qu'ils « [...] *participent au fonctionnement de l'école et sont responsables du travail des élèves, sous l'autorité du directeur [...]* » Ils sont également chargés d'assurer un contrôle « *fréquent et régulier* » de l'assiduité des élèves et du travail effectués par eux dans les terrains de stage, le directeur de l'école de masso-kinésithérapie, responsable de l'organisation des stages cliniques et de leur contrôle, devant obligatoirement en désigner un ou plusieurs à cet effet.

L'analyse de ces dispositions nous incite à redire qu'une fois encore, le corps médical garde la prééminence sur l'enseignement de la masso-kinésithérapie. Et cela pour plusieurs raisons.

D'une part, si l'article 1^{er} de l'arrêté énonce que « [...] *la direction de l'école est assurée soit par un docteur en médecine [...] soit par un masseur-kinésithérapeute titulaire du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur [...]* », laissant ainsi la possibilité à un masseur-kinésithérapeute de prendre la direction d'une école, dans les faits, à l'époque tous les directeurs en titre seront des docteurs en médecine ayant, dans le meilleur des cas, à leurs côtés un directeur ou une directrice adjoint (e) masseur-kinésithérapeute titulaire du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur.

D'autre part, la composition du conseil, telle qu'elle est fixée par l'arrêté, implique théoriquement une parité entre médecins et masseurs-kinésithérapeutes. Dans la pratique, il n'en sera rien car en plus de la présence du médecin inspecteur départemental, qui préside le conseil, vont siéger un représentant des professeurs médecins (désigné par le directeur de l'école) et un médecin ayant des connaissances particulières en kinésithérapie (désigné par le médecin inspecteur départemental). A ces trois médecins va venir se joindre un représentant de l'organisme gestionnaire qui est dans l'immense majorité des cas appartient au corps médical. Les deux places restantes seront occupées par un masseur-kinésithérapeute moniteur, enseignant et un masseur-kinésithérapeute moniteur n'appartenant pas au personnel d'enseignement de l'école. Et il ne faut pas oublier que le directeur de l'école, lui-même médecin, assiste, certes avec voix consultative, aux réunions du conseil technique. En matière de parité, il est difficile de faire moins bien !

Sans être atteint de délire paranoïaque, on peut aussi remarquer, que dans la formulation même des dispositions, le rôle dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes semble en retrait par rapport à celui des médecins enseignants. Ainsi le texte fait une distinction entre les professeurs qui enseignent (article 5 alinéa 3) et les masseurs-kinésithérapeutes moniteurs qui « [...] *participent au fonctionnement de l'école et sont responsables du travail des élèves* » (article 6). Le rôle dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes moniteurs est celui d'un contremaître, c'est-à-dire d'une personne responsable d'une équipe d'ouvriers⁵⁴⁶, en l'occurrence d'un groupe d'élèves. Pour enfoncer le clou, alors qu'on aurait pu penser que les pouvoirs publics confieraient aux masseurs-kinésithérapeutes moniteurs le contrôle de la qualité de l'enseignement pratique dispensé au sein des services hospitaliers, le texte ne leur confie que le « [...] *contrôle fréquent et régulier de l'assiduité des élèves et du travail effectué par eux...* ». En la matière, on est passé du contremaître au surveillant... Affligeant.

⁵⁴⁶ Source : Dictionnaire Le Grand Robert, Langue Française, édition numérique, 2014.

Néanmoins, la présence obligatoire de masseur-kinésithérapeute moniteur est indéniablement une avancée dans la reconnaissance de la profession et du rôle joué par les masseurs-kinésithérapeutes tant en secteur salarié que libéral. Mais le rôle qui leur est dévolu est aussi la preuve que la profession est encore sous la tutelle des médecins qui n'entendent toujours pas la libérer de leur emprise, même si, ayant obtenu ce qu'ils désiraient, c'est-à-dire la reconnaissance officielle d'une spécialité de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, ils ne vont plus s'opposer plus à l'allongement des études de masso-kinésithérapie.

Paragraphe 3 Les mesures dérogatoires liées aux événements du mois de mai 1968

Pour pallier les conséquences des très grosses perturbations liées au mouvement de grève générale commencé dès le 2 mai 1968 dans l'enseignement supérieur pour progressivement gagner tous les secteurs socio-économiques jusqu'à la mi-juin 1968 qui, en paralysant le déroulement normal des études a interdit la tenue des examens de fin d'année 1968, diverses mesures vont être prises.

Un premier arrêté⁵⁴⁷ va, à titre exceptionnel et par dérogation aux dispositions de l'arrêté du 19 juin 1963, permettre que l'examen prévu pour l'obtention du diplôme d'Etat, comporte trois sessions. Le nombre et la date de ces sessions seront fixés par le préfet sur proposition du médecin inspecteur de la santé. Lorsque dans une région, trois sessions seront organisées, seront admis à se présenter à la première session les candidats ayant présenté, à cet effet, une demande d'inscription auprès du chef régional de l'action sanitaire et sociale du centre d'examen choisi. Dans le cas où un candidat désire passer l'examen dans une autre région que celle dont relève son école, il devra adresser au moins quinze jours à l'avance une demande d'inscription au directeur de la DRASS qui réclamera le dossier du candidat à son homologue de la DRASS du lieu de domiciliation de l'école. Ce texte dispose que, malgré les dispositions de l'article 27 de l'arrêté du 20 mars 1968 (rendant applicable les nouvelles modalités d'examen à compter de la rentrée de l'année scolaire 1968-1969) modifié par celui du 1^{er} avril 1968, l'arrêté du 19 juin 1963 sera applicable aux sessions de l'examen du diplôme d'Etat qui se dérouleront en 1968. Un deuxième arrêté de la même veine⁵⁴⁸ va permettre à titre exceptionnel, par dérogation aux dispositions de l'arrêté du 11 février 1964, d'organiser la

⁵⁴⁷ Arrêté du 4 juillet 1968, relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 05 juillet 1968, p. 6355

⁵⁴⁸ Arrêté du 4 juillet 1968, portant admission dans les écoles préparatoires au diplôme (examen de passage et dispenses de stages et de scolarité), JORF du 05 juillet 1968, p. 6355

première session de l'examen de passage de première en deuxième année d'études en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, initialement prévue à la fin du deuxième trimestre de l'année scolaire, au cours du troisième trimestre de l'année 1968.

La deuxième session, ouverte éventuellement pour tous les élèves qui n'auront pas pu se présenter à la première session, « [...] *pour quelque cause que ce soit* [...] », nous précise le texte. En matière de mansuétude, on peut difficilement faire mieux !

La multiplication des professions d'auxiliaires médicaux associée au désir des pouvoirs publics de rationaliser leur organisation va avoir pour conséquence de faire disparaître le CSK phagocyté par le Conseil supérieur des professions paramédicales⁵⁴⁹.

CHAPITRE II - LA 3EME ANNEE D'ETUDES : L'ABOUTISSEMENT D'UNE LONGUE QUETE DU GRAAL

Les bouleversements liés aux événements du printemps 1968⁵⁵⁰ ont marqué d'une empreinte prégnante le monde de l'enseignement. Pour la kinésithérapie, cela s'est traduit par deux

⁵⁴⁹ Décret n°73-901 du 14 septembre 1973 créant un conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 20 septembre 1973, p. 10198

⁵⁵⁰ Réélu en 1965, la politique du Général De Gaulle et de son Premier ministre Georges Pompidou est de plus en plus contestée. Malgré la croissance liée à ce que l'on appelle les Trente Glorieuses, un fort malaise social touche la population française, exploité par les partis politiques de gauche. Le décalage entre le pouvoir et la société va éclater avec la révolte étudiante de mai 1968. Dans les milieux étudiants, les idées maoïstes et la lutte menée pour la libération des peuples trouvent de plus en plus d'échos. C'est l'époque où arrive en masse dans le système éducatif, la génération du baby-boom d'après-guerre sans que des moyens supplémentaires lui soit alloué. A titre d'exemple, dans l'enseignement supérieur, en 1958 on comptait environ 200 000 étudiants en 1958, chiffre qui a presque triplé dix ans plus tard, en 1968. Le mouvement étudiant va débiter au mois de mars 1968 au sein de la nouvelle université de Nanterre, avec l'occupation des locaux par les partisans du « Mouvement du 22 mars », d'inspiration libertaire, rassemblement composite d'anarchistes, de trotskistes, de maoïstes. Daniel Cohn-Bendit en est la personnalité la plus médiatisée. Ses revendications, tout en traduisant le réel malaise qui touche une partie de la jeunesse française sont aussi hétéroclites que l'obéissance de ses membres, allant de revendications de vie quotidienne comme par exemple avoir la possibilité pour les étudiants d'aller dans les chambres des filles de la résidence universitaire à la lutte contre la guerre du Vietnam. L'occupation des locaux, liée à l'arrestation de militants communistes à l'issue d'une manifestation contre la guerre au Vietnam va entraîner la fermeture administrative de l'université ce qui va déplacer le conflit en plein cœur de Paris à la Sorbonne qui, elle aussi va être fermée le 3 mai 1968. Entre temps le conflit s'est élargi et durci, les revendications touchant maintenant directement le pouvoir gaulliste. Des barricades vont être érigées. De violents affrontements vont opposer étudiants et forces de l'ordre faisant de nombreux blessés de part et d'autre. Les grandes centrales syndicalistes ouvrières curieusement muettes jusqu'alors, vont à partir du 13 mai se joindre au mouvement étudiant et appellent à la grève générale. Dans les jours qui suivent, les manifestations se succèdent, les grèves et les occupations d'usine se généralisent en province créant un climat que l'on peut qualifier de « pré-révolutionnaire ». Après un moment de flottement, à la fin du mois de mai, le pouvoir en place conduit par le Premier ministre va entamer des négociations avec les syndicats qui aboutiront aux « accords de Grenelle » se traduisant par une hausse générale de 10% de tous les salaires, de plus de 30% du SMIG ainsi le paiement des jours de grève à hauteur de 50% du salaire. À la suite de la dissolution de l'assemblée nationale par le Président de la République, les élections législatives anticipées du mois de juin 1968 se soldent par une nette victoire du pouvoir en place. Le bilan de mai 1968 est donc contrasté sur le plan politique mais sur un plan social le mouvement a été à l'origine d'une formidable accélération, les accords de Grenelle marquant des

événements. L'un presque anecdotique, la création d'une école de masso-kinésithérapie et le second symptomatique d'un bouleversement en la matière, l'allongement à trois ans de la durée des études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

Paragraphe 1 La création d'une nouvelle école de masso-kinésithérapie novatrice en matière d'enseignement

À la fin de l'année 1968, une nouvelle école publique de masso-kinésithérapie dénommée Centre Pédagogique de Masso-Kinésithérapie⁵⁵¹ est créée au sein de l'Établissement National des Convalescents à Saint Maurice dans le Val de Marne⁵⁵². Le CPMK est réellement « l'enfant » de ce que l'on a coutume d'appeler « les événements de 1968 ». Ses créateurs avaient mis en place des méthodes d'enseignement novatrices, calquées sur ce qui se faisait au sein de l'université et qui détonnait par rapport au conservatisme en usage dans les autres écoles de masso-kinésithérapie. L'enseignement théorique était divisé en modules. La présence au cours n'était pas obligatoire. Il en était de même pour les travaux dirigés, cependant l'assiduité à ceux-ci était récompensée par une note bonus. Par contre, aucune absence n'était autorisée pour les travaux pratiques. Chaque matière fondamentale enseignée (anatomie, physiologie, technologie, pathologie, etc.) était sanctionnée par un examen écrit qui se déroulait dès que l'enseignement était terminé. La première épreuve était facultative. Environ quinze jours plus tard, une deuxième session était organisée, obligatoire pour celles et ceux ne s'étant pas présentés ou ayant échoué à la première session. En fin d'année scolaire, une troisième session de rattrapage permettait de valider la matière en cas d'échec initial. La tâche s'avérait ardue pour celles et ceux qui avaient cumulé les échecs en cours d'année dans la mesure où toutes les épreuves de rattrapage étaient regroupées sur deux jours.

avancées significatives pour les salariés. Le combat des étudiants n'aura pas été vain puisque vont être mise en place une réforme du système éducatif et un renouvellement des méthodes d'enseignement.

⁵⁵¹ Arrêté du 6 novembre 1968 Création d'une école préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute à l'Établissement National des Convalescents de Saint-Maurice, JORF du 16 novembre 1968, p. 10691

⁵⁵² L'Établissement National des Convalescents aujourd'hui appelé Hôpital National de Saint-Maurice a été inauguré par l'Empereur Napoléon III le 31 août 1857. Il a créé pour accueillir les très nombreux ouvriers parisiens (en 1860 on estime à 400 000 leur nombre pour une population d'un million et demi d'habitants) victimes d'accidents du travail dans le cadre des gigantesques travaux d'urbanisme de la capitale entrepris par le Préfet de Paris, le baron Haussmann. Le 26 octobre 1900, l'établissement prend le nom d'Asile National des Convalescents de Saint-Maurice. On ne se contente plus alors d'une simple assistance charitable, mais un véritable travail de rééducation des patients, voire d'appareillage des mutilés, est réalisé car « Réparer les dommages corporels » devient une priorité les médecins étant confrontés aux blessés de la Grande Guerre. Le vieux terme d'Asile, à connotation péjorative, disparaît enfin : l'Hôpital prend le nom d'Établissement National des Convalescents pour devenir finalement l'Hôpital National de Saint-Maurice en 1992. Au 1er janvier 2011, un regroupement est opéré entre l'Établissement National des Convalescents et son voisin l'Établissement Psychiatrique Spécialisé Esquirol qui va donner naissance aux « Hôpitaux de Saint-Maurice ». Sources : <http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/histoire-hopital/>

Tous les trimestres, une commission tripartite composée paritairement de représentants des étudiants (deux par promotion) et des enseignants (médecins et MCMK) traitait les problèmes rencontrés et étudiait les améliorations à apporter à l'enseignement dispensé⁵⁵³.

La principale innovation que le CPMK apporta fut en matière de préparation à l'épreuve écrite du diplôme d'Etat. Cette école acquit rapidement une grande notoriété grâce à la méthode employée pour enseigner et surtout pour ses excellents résultats au diplôme d'Etat, largement supérieurs par rapport aux autres écoles. Cette réussite au diplôme d'Etat tient au fait qu'à la différence des autres écoles qui appliquaient à la lettre les textes réglementaires en matière d'examens, dès la deuxième année, pour chaque matière enseignée, il était demandé aux étudiants de rédiger un devoir sous la forme d'un sujet intégré (rappels anatomique et physiologique, bilans de début et de fin de rééducation, plan détaillé de traitement rééducatif, conséquences psycho-sociologiques), c'est-à-dire la même forme de sujet que l'épreuve écrite du diplôme d'Etat.

L'arrêté du 11 février 1998⁵⁵⁴ après avoir rappelé « [...] qu'en raison de son caractère expérimental le CPMK peut mettre en œuvre dans le cadre du programme des études préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, en vigueur, un système pédagogique qui lui est propre » va institutionnaliser les règles de fonctionnement en vigueur depuis plusieurs années au sein de cette école. Est officiellement instituée une commission tripartite, composée de douze membres élus parmi les élèves (à raison de deux élèves par promotion) et les enseignants exerçant les fonctions d'enseignants (médecins, moniteurs de travaux pratiques, moniteurs de stages) et de six membres de droit représentant les organismes de l'administration de tutelle (directeur de la santé ou son représentant, directeur régional de la DRASS ou son représentant médecin, le directeur de l'hôpital de Saint Maurice et trois personnalités désignées par le ministre chargé de la santé en raison de leur compétence particulière. Sont également instituées les modalités de désignation des membres de cette commission ainsi que ses règles de fonctionnement.

⁵⁵³ Ayant été étudiant au sein du CPMK (DE – juin 2015), représentant mes camarades au sein de la commission tripartite, le souvenir que je garde de ces trois années d'études et l'enthousiasme communicatif qui animait nos enseignants dont la plupart était à peine plus âgés que nous ! Les matières médicales étaient dispensées par de jeunes chefs de clinique des CHU les plus proches et la technologie par un groupe de masseurs moniteurs composé d'« anciens » et de plus jeunes qui partageaient le même idéal de transmission de savoirs ... plus empiriques que basés sur l'« Evidence Based Practice » !

⁵⁵⁴ Arrêté du 11 février 1988 relatif au centre pédagogique de masso-kinésithérapie de Saint-Maurice, JORF du 21 février 1988, p.2455

Quelques années plus tard, sa proximité avec l'INSEP⁵⁵⁵ va lui permettre de devenir la première école de masso-kinésithérapie à accueillir des sportifs de Haut niveau. En 1981, des conditions spécifiques d'admission dans les écoles de masso-kinésithérapie vont être mises en place pour favoriser l'insertion des athlètes de haut niveau⁵⁵⁶. À la condition de bénéficier d'une aide du fonds national pour le développement du sport, c'est-à-dire être référencé sur la liste des athlètes de haut niveau du Comité national olympique et sportif français, une commission nationale, dont les décisions sont sans appel, composée de représentants du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, du directeur des sports et de représentants des écoles de masso-kinésithérapie, pourra dispenser ces candidats des épreuves de classement pour l'admission dans les écoles de masso-kinésithérapie. Ceux-ci pourront être regroupés dans une même école désignée par le directeur général de la santé et des hôpitaux, mais sans que leur nombre ne dépasse 10 % des élèves nouvellement admis en première année de l'école considérée.

Naturellement, par sa proximité immédiate avec l'Institut National des Sports et de l'Éducation Physique (INSEP), le Centre pédagogique de masso-kinésithérapie de Saint Maurice (CPMK) devenu par la suite l'École Nationale de Kinésithérapie et de Rééducation (ENKRE), dans le Val de Marne sera la première école choisie pour accueillir ces athlètes de haut niveau⁵⁵⁷.

Le mouvement revendicatif étudiant du printemps 1968 a été le déclencheur du mouvement de réforme généralisé qui a profondément modifié les structures de la société française. Il a contribué à faire « sauter » beaucoup de verrous et, en cela, on peut écrire que la profession de masseur-kinésithérapeute lui doit en grande partie l'allongement de la durée des études qui va être portée à 3 ans.

⁵⁵⁵ INSEP : Institut National du Sport et de l'Éducation Physique et Sportive. Cet établissement a été créé en 1975 sous le nom d'Institut National du sport et de l'éducation physique lorsqu'ont fusionné l'Institut National des Sports (INS), créé en 1945 et l'Ecole National Supérieure d'Éducation Physique (ENSEP) née en 1933. L'INSEP, en acquérant le statut de Grand établissement en 2009 (Décret n° 2009-1454 du 25 novembre 2009 relatif à l'Institut national du sport, de l'expertise et de la performance, JORF du 27 novembre 2009, p. 20434) , va changer de dénomination pour celle de « Institut national du sport, de l'expertise et de la performance »

⁵⁵⁶ Arrêté du 31 mars 1981 relatif à l'admission des athlètes de haut niveau dans les écoles de masso-kinésithérapie, JORF du 1er avril 1981, numéro complémentaire, page 3370

⁵⁵⁷ Arrêté du 31 mars 1981, Admission des athlètes de haut niveau dans les écoles de masso-kinésithérapie, JORF du 1er avril 1981, p. 3370

Paragraphe 2 La 3^e année d'études : une longue quête ayant fini par aboutir

Cette vieille revendication, maintes fois exprimée par les représentants de la section professionnelle siégeant au sein du CSK, mais toujours refusée pour cause de blocage médical a fini par faire son chemin. Elle aura mis plus de vingt ans pour aboutir car c'est en 1969, et non pas en 1968 comme cela le plus souvent affirmé au sein de la profession, que la quête du Graal des masseurs-kinésithérapeutes siégeant au sein du CSK va être couronnée de succès avec l'obtention d'une troisième année d'études.

1. Le long combat pour trois ans d'études

Jacques Monet⁵⁵⁸ explique très bien comment, au sein du Conseil supérieur de la Kinésithérapie, cette lancinante question de l'allongement de la durée des études va mettre en lumière l'hétérogénéité du groupe des masseurs-kinésithérapeutes notamment entre voyants et non-voyants, ces derniers étant conscients des difficultés majeures qu'ils devront surmonter pour pouvoir prétendre accéder aux certificats spécialisés envisagés. De plus, la politique des médecins est claire. Ils ne veulent à aucun prix permettre un accroissement du domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes qui pourrait inciter ces derniers à solliciter une modification de leur statut d'auxiliaire médical. Ils vont donc s'employer à maintenir la division du travail en parcellisant les tâches des différents auxiliaires médicaux par la création d'un certificat d'aide-dermatologiste et de nouvelles professions d'auxiliaires médicaux.

Dès 1953, le Conseil supérieur de la kinésithérapie avait confié à un de ses membres les plus éminents, le docteur Pol Le Cœur⁵⁵⁹, un travail de réflexion sur les modifications à apporter au programme des études. Dès cette année-là, le principe de trois années d'études est retenu par le Conseil supérieur de la kinésithérapie mais le groupe des médecins va s'opposer farouchement à cette mesure. En 1954, proposition est faite d'allonger les études d'une année, composée de trois mois d'études théoriques et de deux stages pratiques d'une durée de deux mois chacun. Les élèves, préalablement sélectionnés pour leur excellence, pourraient s'ils désirent se consacrer à une ou deux spécialités de leur choix. Cette formation s'effectuerait d'abord au sein de l'école de masso-kinésithérapie puis à l'hôpital sous le contrôle de médecins spécialistes. Au sein du Conseil supérieur de la kinésithérapie, cette proposition ne fait pas l'unanimité, les représentants des masseurs-kinésithérapeutes, malheureusement

⁵⁵⁸ Jacques Monet, « la kinésithérapie, une spécialité médicale impossible, prolégomènes de Jacques Monet » Le livre vers... de la masso-kinésithérapie, CNOMK, Paris, juin 2011, p. 22 - 25

⁵⁵⁹ Pol Le Cœur (1903-1996), chirurgien, spécialisé en orthopédie pédiatrique, professeur d'anatomie à l'école des Beaux-Arts de Paris

minoritaires comme nous l'avons évoqué supra, souhaitant obtenir la mise en place d'une formation initiale de trois années complètes. Le groupe des représentants du corps médical, majoritaire, propose deux années de formation initiale plus une année facultative de spécialisations sanctionnées non pas par un diplôme d'Etat mais par des certificats.

Une fois encore, le corps médical souhaite définir les actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes en fonction des besoins de leurs pairs spécialistes (neurologue, orthopédiste, rhumatologue, etc.). Ce faisant, les médecins maintiennent les masseurs-kinésithérapeutes dans leur rôle de subordonnés du corps médical. On peut s'interroger sur l'opportunité d'une telle mesure. Sa mise en place, ne risquait-elle pas d'entraîner un clivage de la profession entre le masseur kinésithérapeute « de base » et celui qui serait « spécialisé ». La question fut d'ailleurs évoquée au sein de Conseil. Comme le souligne Jacques Monet, la masso-kinésithérapie étant déjà en elle-même une spécialité, cela pourrait entraîner un morcellement d'une profession encore trop récente pour pouvoir accepter une hiérarchisation.

D'un point de vue pratique, l'organisation hospitalière de l'époque ne permettrait qu'aux étudiants ou aux masseurs-kinésithérapeutes proches des écoles et des grands centres hospitaliers parisiens, de bénéficier de la formation dispensée au sein des services dirigés par les « grands patrons ».

Quid des professionnels de province ? « *Divide et impera* » diviser pour mieux régner, le principe n'est pas nouveau.... En 1957, les services du ministère de la santé font savoir, qu'après consultation de personnalités compétentes (appartenant au corps médical....), il semble inutile de modifier le cursus scolaire, celui-ci devant être exclusivement centré sur le massage et la gymnastique médicale.

Une spécialisation d'aide-dermatologiste est alors envisagée pour ceux qui le souhaitent mais uniquement après avoir obtenu le diplôme d'Etat.

2. Aide-dermatologiste, un leurre en guise d'allongement de la durée des études

Deux membres du Conseil supérieur de la Kinésithérapie, l'un médecin, l'autre masseur-kinésithérapeute ayant bénéficié des dispositions de la loi du 30 avril 1946 pour obtenir le titre de masseur-kinésithérapeute par assimilation vont jouer un rôle déterminant dans le projet de « *spécialisation* ». Le premier est le docteur Roclore qui, devons-nous nous en étonner, est

aussi un homme politique de premier plan puisque Vice-président de l'Assemblée nationale⁵⁶⁰. Le second René Morice manifeste depuis de longues années un très grand intérêt pour les soins esthétiques. Président d'une société de kinéplastie, il est aussi depuis 1938, Président de la Société de Kinésithérapie dont le docteur Roclore est le conseiller médical. La boucle est bouclée. Bénéficiant de l'appui du syndicat des dermatologues et ayant obtenu l'aval de l'Académie de médecine et du Conseil Supérieur de l'Hygiène Sociale, leur action concertée va aboutir à la création en 1960 du certificat d'aide-dermatologiste.

Ce projet avait été initialement massivement rejeté par la profession par le biais d'une consultation organisée notamment par le syndicat des Masseurs-Kinésithérapeutes de France. À la fin de l'année 1957, le ministre de la santé publique⁵⁶¹, après avoir reçu les responsables syndicaux, va émettre un avis que l'on peut qualifier de vœux pieux en se déclarant, favorable à une troisième année d'étude. Pour la troisième fois, le Conseil supérieur de la kinésithérapie, votera en faveur de cette 3^e année d'étude mais comme le rappelle une note du directeur général de la santé : « [...] les médecins étaient absents [...] et le corps médical ne partageant pas l'avis des kinésithérapeutes [...] », cette décision n'aura aucune incidence sur la durée des études car les médecins maintiennent leur veto.

La spécialisation d'aide dermatologiste⁵⁶² est réservée aux masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'Etat ayant suivi un enseignement agréé d'une durée de quinze mois, étant précisé qu'aucune dispense n'est admise, et subi avec succès les épreuves de l'examen de fin d'études. Le texte précise que ce certificat pourra, également, être délivré aux titulaires des diplômes d'Etat de masseur-kinésithérapeute et d'infirmier (e) ayant accompli un stage hospitalier. La formation devra être réalisée au sein de structures agréées, dispensant un enseignement conforme à un programme agréé et sanctionné par un certificat de fin d'études.

Comme à l'accoutumée, le texte, renvoie à un arrêté ultérieur du ministre de la santé les modalités pratiques de cette mesure. Le futur arrêté devra faire une distinction entre les élèves uniquement titulaires du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute et ceux titulaires

⁵⁶⁰ ROCLORE Marcel (1897-1966), médecin, député républicain Indépendant de la Côte d'Or de 1945 à 1951 et de 1956 à 1962, plusieurs fois ministre en 1947, Vice-président de l'Assemblée nationale en 1946 et de 1948 à 1950

⁵⁶¹ Félix Houphouët-Boigny (1905 – 1993), médecin. Carrière politique en France : Ministre délégué à la présidence du Conseil (février 1956 – mai 1957), Ministre de la Santé publique et de la Population (novembre 1957 – mai 1958), Ministre d'État (mai 1958 – mai 1961). 1er Président de la Côte d'Ivoire (novembre 1960 – décembre 1993) il a eu un rôle majeur dans le processus de décolonisation de l'Afrique.

⁵⁶² Décret du 9 avril 1960 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-dermatologiste, JORF du 15 avril 1960, p. 3522

simultanément des diplômes d'Etat de masseur-kinésithérapeute et d'infirmier (e). Pour les premiers, le texte fixera les conditions d'agrément de l'enseignement, d'admission des élèves, du programme et d'organisation des études ainsi que les modalités des épreuves de l'examen final et pour les seconds, uniquement les conditions du stage.

Pour rendre conforme aux dispositions légales et réglementaires, l'exercice professionnel des masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'Etat titulaires du certificat d'aide-dermatologiste, quelques jours plus tard, un arrêté⁵⁶³ les autorisera à exercer les soins infirmiers réservés à la peau à l'exclusion de tous autres soins infirmiers. On peut considérer que ce texte est, avant la lettre, le précurseur d'un transfert de compétence entre professions de santé.

Au début du mois de janvier 1961 que seront publiés le décret du 30 décembre 1960⁵⁶⁴ et deux arrêtés de la même date fixant les conditions pratiques d'obtention du certificat d'aide-dermatologiste. Initialement réservé aux seuls titulaires du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ou bien à ceux titulaires simultanément du diplôme d'Etat d'infirmier (e), le texte va élargir de manière importante le champ des impétrants pouvant obtenir ce certificat. En effet, il va pouvoir être délivré, dans les mêmes conditions, aux infirmiers et infirmières diplômées d'Etat et aux personnes autorisées à exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière à titre polyvalent. Il en sera de même pour les titulaires du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ainsi que pour les personnes autorisées à exercer soit le massage, soit la gymnastique médicale.

Nous avons évoqué le risque que courraient bon nombre de professionnels de se voir exclus de cette formation pour des raisons pratiques. L'arrêté du 30 décembre 1960 va confirmer cette crainte. En effet, ne pourront être agréés que les centres localisés dans une ville possédant un centre hospitalo-universitaire⁵⁶⁵, ce qui ipso facto interdira aux professionnels

⁵⁶³ Arrêté du 9 avril 1960 autorisation d'exercer les fonctions d'aide-dermatologiste par les masseurs-kinésithérapeutes titulaires du certificat d'aptitude de cette spécialité, JORF du 24 avril 1960, p. 3832 ; Arrêté du 30 décembre 1960 Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide dermatologiste (épreuves, examens), JORF du 05 janvier 1961, p. 210

⁵⁶⁴ Décret n ° 60-1517 du 30 décembre 1960 accordant aux personnes autorisées à exercer les professions d'infirmier ou d'infirmière et de masseur-kinésithérapeute le bénéfice des dispositions du décret du 9 avril 1960 créant le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-dermatologiste, JORF du 85 janvier 1961, p. 209

⁵⁶⁵ Les centres hospitalo-universitaires (CHU) ont été créés, ainsi que les médecins à temps plein hospitalo-universitaires, à la fin de l'année 1958 à la suite de la réforme initiée par le professeur Robert Debré, s'étant traduite par trois ordonnances et un décret en date des 11 et 30 décembre 1958. Le chef de service est nommé, à partir d'un recrutement national commun, à la fois par le ministre de la Santé et celui de l'Education nationale. Sources : <http://www.vie-publique.fr/>

exerçant à distance de ces centres d'engager cette formation. Les études comprennent une formation théorique de 12 mois suivie d'un stage hospitalier de 3 mois. L'examen comporte trois épreuves. L'écrit est d'une durée de trois heures permettant de répondre à trois questions. La pratique est composée d'une épreuve de massage et de deux de soins infirmiers, d'un oral dont la durée n'est pas précisée porte sur l'ensemble du programme des études. In fine, vient se rajouter la note obtenue lors du stage hospitalier.

Pour cet examen, destiné rappelons-le, à valider une formation spécialisée de masso-kinésithérapie, le jury présidé par un médecin ou chirurgien des hôpitaux « [...] *d'une ville siège de faculté ou d'école nationale de médecine* [...] » est composé de deux médecins spécialisés en dermatologie, d'une directrice d'école infirmière et... d'un masseur-kinésithérapeute enseignant dans une école de masso-kinésithérapie. La composition même du jury se passe de commentaire. Les élèves ayant échoué auront droit à une seconde chance mais seulement après avoir accompli une nouvelle scolarité de douze mois dont trois mois de stage hospitalier et ils devront repasser la totalité des épreuves de l'examen.

Pourront également obtenir ce certificat, en étant dispensé de certaines épreuves de l'examen final (épreuve écrite et oral), les personnes titulaires simultanément des diplômes de masseur-kinésithérapeute et d'infirmier (e) ayant obtenu la moyenne aux deux épreuves pratiques de l'examen ainsi qu'à l'issue du stage hospitalier de 3 mois imposé. Il en sera de même pour les titulaires du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute autorisés à exercer la profession d'infirmier, réciproquement pour les titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier autorisés à exercer la profession de masseur ou de masseur et gymnaste médical et pour toutes celles et tous ceux qui, ne possédant aucun des deux diplômes d'Etat ont été autorisés à exercer les deux professions. Dans ces dispositions on peut penser que les pouvoirs publics ont pris en compte la situation de bon nombre de professionnels qui exerçaient aux côtés des médecins, sous leur couvert, en toute illégalité. Bien des années plus tard, on assistera au même processus lorsque différents textes permettront à toutes assistantes des chirurgiens d'obtenir le diplôme d'infirmière de bloc opératoire⁵⁶⁶.

⁵⁶⁶ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF du 28 juillet 1999, article 38, « Par dérogation à l'article L.474 du code de la santé publique, peuvent accomplir des actes d'assistance auprès d'un praticien au cours d'une intervention chirurgicale les personnels aides-opérateurs et aides-instrumentistes exerçant cette activité professionnelle depuis une durée au moins égale à six ans avant la publication de la présente loi, et ayant satisfait, avant le 31 décembre 2002, à des épreuves de vérification des connaissances dans des conditions déterminées par décret en conseil d'état. L'épreuve de vérification des connaissances est destinée à autoriser exclusivement l'exercice des activités professionnelles d'aides-opérateurs et aides-instrumentiste est tenu de proposer à ces personnels un plan de formation intégré dans le temps de travail, aboutissant à son maintien au sein de l'établissement, dans des conditions et des délais par décret. »

L'exercice des fonctions d'aide-dermatologiste sera l'objet d'un arrêté autorisant les personnes autorisées à exercer le massage et la gymnastique médicale, titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-dermatologiste à « [...] *exercer les soins infirmiers réservés à la peau et à l'exclusion de tous les autres* »⁵⁶⁷.

Ce dernier arrêté présente la particularité de n'avoir été visé que par le Conseil supérieur des infirmiers et infirmières et pas par le Conseil supérieur de la kinésithérapie. Il est vrai que seuls des techniques initialement réservées aux infirmiers et aux infirmières diplômés d'Etat étaient concernés par le texte.

Il est intéressant de remarquer que, le même jour, est publié un décret créant la spécialité d'aide-anesthésiste⁵⁶⁸. Initialement réservée aux personnes titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier (e) ayant suivi un enseignement agréé d'une durée de dix-huit mois, ce certificat pourra être également délivré dans les mêmes conditions aux personnes titulaires du diplôme d'Etat de sage-femme ainsi qu'à celles ayant validées deux inscriptions annuelles aux études du doctorat en médecine. Dès l'origine ce certificat remplit des conditions qui vont assurer sa pérennité à la différence de celui d'aide-dermatologiste. Il officialise une situation de fait, car à l'époque ce sont les infirmières qui dans l'immense majorité des cas assurent la fonction d'anesthésiste sous la directive des chirurgiens. Sa durée est de 18 mois soit trois mois de plus que celui d'aide-dermatologiste, le différentiel se situant au niveau des stages hospitaliers (six mois pour les aide-anesthésistes contre seulement trois mois pour les aide-dermatologistes). Les populations cibles concernées avec pour le certificat d'aide-dermatologiste exclusivement des auxiliaires médicaux alors que le certificat d'aide-anesthésiste est certes accessible aux infirmières, auxiliaires médicales mais aussi à des professions médicales.

Curieuse destinée de deux professions s'étant vu proposé, à la même époque deux spécialités, l'une l'ayant refusée, l'autre acceptée. Aujourd'hui, les infirmières anesthésistes occupent une place stratégique irremplaçable au sein du système de santé et leur compétence est reconnue par l'ensemble du corps médical. Les différentes attaques menées depuis des années par les syndicats de médecins anesthésistes-réanimateurs visant à restreindre leur niveau de formation et par conséquent à amputer leur professionnalisation ont eu pour conséquence de

⁵⁶⁷ Arrêté du 30 décembre 1960, Exercice des fonctions d'aide-dermatologiste par les personnes autorisées à exercer le massage et la gymnastique médicale et titulaires du certificat d'aptitude de cette spécialité, JORF du 5 janvier 1961, p. 201

⁵⁶⁸ Décret du 9 avril 1960 créant le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-anesthésiste, JORF du 15 avril 1960, p. 3522. Un premier décret en date du 17 juillet 1957, JORF du 27 juillet 1957, p. 7442 avait autorisé la faculté de médecine de l'université de Paris à délivrer une attestation d'études d'aide-anesthésistes.

renforcer leur solidarité et leur esprit de corps ce qui leur a permis de préserver leurs acquis et de voir reconnu leur compétence. Cela leur a permis d'accéder à la catégorie A au sein de la fonction publique hospitalière et d'obtenir la reconnaissance d'un diplôme de niveau Master 2⁵⁶⁹ alors que pour les masseurs-kinésithérapeutes, les hospitaliers stagnent en catégorie B et le diplôme d'Etat, toujours reconnu comme « bac +2 » ne bénéficie d'aucune reconnaissance universitaire malgré les promesses officielles.

A ce jour, ce certificat d'aide-dermatologiste est complètement tombé en désuétude mais il semblerait que les dispositions réglementaires le concernant n'aient jamais été abrogées.

A l'origine destinée préférentiellement aux masseurs-kinésithérapeutes lorsqu'on effectue aujourd'hui des recherches on ne trouve aucune référence à la rubrique masseurs-kinésithérapeutes mais on a la surprise de le découvrir dans la rubrique « infirmière spécialisée » de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques comme le montre les deux captures d'écran suivantes :



Institut national de la statistique
et des études économiques
Mesurer pour comprendre

PCS 2003 - Profession 432a Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, libéraux

4 Professions Intermédiaires

41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés

43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social

432a Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, libéraux

Le masseur-kinésithérapeute-rééducateur réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes entrepris à des fins de rééducation, dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles des patients, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Il exerce seul ou en cabinet de groupe.

Professions les plus typiques	Professions assimilées
Masseur kinésithérapeute rééducateur < NON SAL/IND. >	Masseur kinésithérapeute < NON SAL/IND. > Rééducateur < NON SAL/IND. >
Professions exclues	

⁵⁶⁹ Décret n°2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master, article 3, al. 2 « article D. 636-69-1 CSP », JORF du 17 décembre 2014, p. 21148

**PCS - ESE, 2003 - Rubrique - 431d Infirmiers spécialisés
(autres qu'infirmiers psychiatriques et puéricultrices)**

4 Professions intermédiaires

43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social

431d Infirmiers spécialisés (autres qu'infirmiers psychiatriques et puéricultrices)

Infirmiers ayant suivi une formation complémentaire, qui assistent un chirurgien ou un médecin spécialiste, en général dans le cadre d'interventions chirurgicales.

Professions les plus typiques	Professions assimilées
Anesthésiste (réanimateur...) (infirmier) Infirmier de bloc opératoire Infirmier spécialisé en anesthésie réanimation	Aide anesthésiste <u>Aide dermatologiste (infirmier diplômé)</u> Auxiliaire anesthésiste Elève infirmier anesthésiste Elève infirmier de bloc opératoire Infirmier instrumentiste (diplômé) Infirmier panseur (diplômé)

Nous pensons que la création de ce certificat d'aide-dermatologiste, qui aurait dû être suivi par d'autres (orthopédie, neurologie, etc.) peut être analysée de deux façons. On peut y voir la volonté de certains représentants de la profession de masseur-kinésithérapeute d'obtenir coûte que coûte une avancée professionnelle et la reconnaissance d'un exercice spécifique. On peut également, et c'est notre opinion, considéré cette proposition comme un leurre destiné à laisser croire aux professionnels que leur revendication d'obtenir une meilleure formation a été prise en compte. Les médecins pensaient peut-être pouvoir ainsi calmer les velléités revendicatives de la majorité des masseurs-kinésithérapeutes siégeant au sein du CSK.

3. L'avènement de la troisième année d'études

Comme nous l'avons évoqué supra, parmi les différentes professions paramédicales d'auxiliaires médicaux ayant obtenu une reconnaissance officielle certaines d'entre-elles ayant déjà un cursus d'études en trois ans il va devenir plus aisé pour les masseurs-kinésithérapeutes de revendiquer l'allongement de la durée des études préparant au diplôme d'Etat.

En 1965⁵⁷⁰, un projet de réforme des études prônant de les porter à 3 ans avait été validé par le Conseil supérieur de la Kinésithérapie mais n'avait pas eu l'heur de plaire aux caciques du ministère de la santé. Au début de l'année 1968, c'est un récent rapport rédigé par la FFMKR

⁵⁷⁰ MONET Jacques, Prolégomènes « La kinésithérapie, une spécialité médicale impossible ? » Le métier de kinésithérapeute : une approche socio-historique, Le livre vers.... de la masso-kinésithérapie, CNOMK, juin 2011, p.24

qui va servir de base aux pouvoirs publics pour entreprendre une réforme des études. Les propositions faites dans ce rapport par les responsables fédéraux ne sont pas révolutionnaires. C'est peut-être pour cela qu'elles furent prises en compte. Il n'est proposé qu'une simple adaptation du programme des études initiales et un simple allongement de la durée des stages à 19 mois.

Les événements du printemps 1968 vont servir d'accélérateur à la réforme des études en permettant aux syndicats professionnels d'obtenir du ministère de la santé la parution de textes réglementaires qui vont fixer officiellement la durée des études à trois ans, marquant ainsi l'aboutissement d'une revendication aussi vieille que la profession de masseur-kinésithérapeute où peut s'en faut.

Le décret n° 69-282 du 28 mars 1969⁵⁷¹ officialise la troisième année d'études préparatoire au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

Décret n° 69-282 du 28 mars 1969 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat chargé des affaires sociales,
Vu le code de la santé publique, livre IV, titre III, et notamment l'article L. 488 ;

Vu le décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ;
Vu l'avis du conseil supérieur de la kinésithérapie,

Décrète :

Art. 1^{er}. — L'article 2 du décret du 29 mars 1963 est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 2. — La durée de cet enseignement est de trois ans. Cependant des dispenses partielles ou totales de scolarité peuvent être accordées dans des conditions fixées par arrêté du ministre d'Etat chargé des affaires sociales. »

Le texte ordonne la modification en conséquence du programme des études préparatoires (enseignement théorique et pratique ainsi que les stages cliniques) ainsi que des épreuves du diplôme d'Etat, confiant, comme de coutume, à de futurs arrêtés ministériels la mise en place effective de cette réforme applicable dès la rentrée scolaire 1969. Il précise également que les candidats ayant échoué à une ou deux des sessions de l'examen du diplôme d'Etat en 1970 seront admis à redoubler la deuxième année, celle-ci étant toujours soumise au régime des études fixées par l'arrêté du 20 mars 1968. A la fin de cette année de scolarité, les étudiants pourront se présenter, selon les cas, à une ou deux des sessions organisées en vue de l'obtention du diplôme d'Etat selon les modalités fixées par l'arrêté du 20 mars 1968, à la condition de ne pas avoir subi quatre échecs aux examens en vue de la délivrance du diplôme

⁵⁷¹ Décret n°69-282 du 28 mars 1969 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 30 mars 1969, p. 3175

d'Etat. Cependant, comme de coutume, des dispositions transitoires vont rapidement être édictées⁵⁷² prorogeant jusqu'à la fin de l'année universitaire 1969/1970 le régime des études fixé par le décret du 29 mars 1963. Il en sera de même pour les candidats bénéficiaires d'une dispense de scolarité. Les candidats ayant échoué aux épreuves pratiques et orales de la session du mois de juin 1969 conserveront le bénéfice de l'admissibilité pour la session du mois de septembre 1969.

Au début de l'année 1970 est publié le nouveau programme des études préparatoires au diplôme d'Etat.

Paragraphe 3 *L'impact de la réforme sur le régime des études et des conditions du D.E.*

1. L'impact de la réforme sur l'enseignement des savoirs pratiques

L'arrêté du 25 février 1970 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute va apporter quelques modifications aux dispositions antérieures⁵⁷³. Si la logistique de l'examen de passage de 1^{ère} en 2^{ème} année reste inchangée (organisation dans le courant du mois de juin, session de rattrapage avant le 1^{er} septembre), ses conditions sont remaniées. Les épreuves écrites sont réparties en deux groupes réunissant quatre questions. Dans le premier groupe, les questions portent sur l'anatomie, la cinésiologie ou biomécanique ou myologie, la physiologie et la technologie. Chaque question a une durée d'une heure et est notée sur 20 points. Dans le deuxième groupe, les épreuves ont trait à la pathologie médicale, la pathologie chirurgicale, la morphologie et l'hygiène. Chaque question est d'une durée d'1/2 heure et notée sur 10 points.

Depuis la réforme introduite par l'arrêté du 20 mars 1968, les épreuves écrites étaient composées de deux questions notées sur 40 points. La première était l'épreuve de technologie et la seconde une question tirée au sort parmi les matières suivantes : anatomie, physiologie et pathologie. La première remarque que l'on peut faire est que, désormais, la partie écrite de l'examen de passage a réellement trait à l'ensemble des matières enseignées pendant la première année d'enseignement. On peut aussi noter que la prépondérance de la technologie sur les matières « médicales » a disparu puisque qu'elle ne représente plus que 25% de la note du premier groupe d'épreuves.

⁵⁷² Arrêté du 16 juin 1969 relatif aux dispositions transitoires prévues par l'article 4 du décret du 28 mars 1969 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 23 juin 1969, p. 6375

⁵⁷³ Arrêté du 25 février 1970 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 05 mars 1970, p.2237

Dans le même esprit, on peut constater que la pathologie a pris de l'importance puisque désormais une distinction est faite entre la pathologie médicale et la pathologie chirurgicale qui représentent 50% de la note du deuxième groupe d'épreuves.

Mais le plus important est la « révolution » apportée aux épreuves pratiques antérieurement constituées d'une démonstration pratique commentée de technique de physiothérapie et de technique de kinésithérapie active effectuée par les candidats devant un jury composé d'un binôme constitué par un médecin et un masseur kinésithérapeute chargés de l'enseignement et d'une interrogation orale portant sur les matières non tirées au sort à l'écrit. Désormais, il s'agit d'un véritable contrôle continu prenant en compte de l'ensemble du travail en technologie pratique réalisé par l'étudiant tout au long de l'année auquel il sera attribué une note de zéro à 40 points. Cette note devra être affichée quinze jours avant la date de l'examen. Une autre modification d'importance concerne l'examen de passage que doivent obligatoirement subir les candidats bénéficiant d'une dispense de la première année d'études. Dorénavant l'épreuve pratique, notée sur 40 points, est constituée par une démonstration pratique de massage, de kinésithérapies active et passive effectuée devant un médecin et un masseur kinésithérapeute chargés de l'enseignement.

Signe des temps, les étudiants sont beaucoup plus associés que par le passé dans le déroulement de l'examen puisque les pouvoirs publics ont prévus que l'anonymat des épreuves écrites ainsi que le tirage au sort de chacune des épreuves écrites s'effectueraient en présence du ou des délégués des étudiants. Profitons-en pour souligner que le dans le texte on note l'emploi des mots « année universitaire », « étudiants » en lieu et place « d'année scolaire » et « élèves » signe que dans l'esprit des pouvoirs publics l'image du futur masseur-kinésithérapeute évolue. Peut-on penser qu'il s'agit, en l'espèce, d'une reconnaissance de l'imprégnation universitaire des études. Nous n'irons pas jusque-là. Nous avons déjà souligné qu'un précédent texte faisait référence à l'université. Les pouvoirs publics réitèrent mais cela restera ce que l'on pourrait qualifier de vœux pieux car plus de quarante ans plus tard rien n'a changé. Les masseurs-kinésithérapeutes attendent toujours une reconnaissance universitaire de leurs études et de leur diplôme d'Etat!

Pour être admis en deuxième année, les candidats doivent avoir obtenu la moyenne soit 80 points. Ceux qui auront obtenu au moins 75 points ou bien ceux qui bien que n'ayant pas eu 75 points ont obtenu la moyenne pour l'ensemble des deux examens trimestriels obligatoires seront admis à se présenter aux épreuves de rattrapage. En la matière, il faut souligner l'importante modification apportée à la forme de l'examen de rattrapage. Désormais, il ne

s'agit plus que d'épreuves orales comprenant trois questions, notées sur 10 points, posées par un médecin sur trois des matières figurant au programme et d'une question de technologie posée par un masseur-kinésithérapeute moniteur. Et, point important, le jury doit prendre en considération le livret scolaire du candidat. On comprend l'intention louable qui préside en la matière : permettre à un étudiant pénalisé par sa mauvaise gestion du stress de bénéficier de l'indulgence du jury. Mais n'est-ce pas à contrario retirer à un étudiant qui n'aurait pas un bon livret scolaire toute possibilité de bénéficier de « *circonstances atténuantes* »... Vaste débat. Le texte ne précisant pas la date à laquelle ces épreuves de rattrapage doivent être organisées on peut penser qu'elles le seront au gré des écoles puisque la seule précision de date concerne l'organisation d'une session de remplacement « *qui pourra avoir lieu en faveur des candidats qui, pour cas de force majeure, n'ont pas pu se présenter à la session de juin* », cette session devant obligatoirement se dérouler avant le 1^{er} septembre. L'échec à l'examen de passage est synonyme de redoublement et un nouvel échec à ce même examen à l'issue du redoublement élimine définitivement l'étudiant.

A compter de la rentrée scolaire 1970-1971⁵⁷⁴, la date et les sujets de l'examen d'aptitude à l'admission dans les écoles de masso-kinésithérapie sont choisis par le ministre de tutelle. Si les épreuves restent inchangées, la note zéro à l'une des épreuves, auparavant éliminatoire de manière rédhibitoire, ne le sera plus qu'après délibération du jury! Par contre, tout candidat ayant échoué deux fois ne pourra plus se présenter à cet examen. Les règles régissant les examens de passage restent inchangées. Tout au plus quelques précisions sont apportées. Ainsi, l'élève qui, pour une raison de santé ou un cas de force majeure devrait interrompre ses études en cours d'année, pourra les reprendre l'année suivante en refaisant sa scolarité. S'il a achevé sa première année ou sa seconde année d'études et subi avec succès l'examen de passage, il en conservera le bénéfice pendant trois ans.

Pour être admis en troisième année, trois conditions cumulatives sont exigées. Les élèves doivent avoir accompli la totalité de la deuxième année, validé l'intégralité de leurs stages et avoir obtenu une note moyenne de 10 sur 20 à l'examen de passage. Pour cet examen de passage, les notes prises en compte, comprennent la totalité des notes attribuées à l'élève auxquelles sont attribuées un coefficient de 40% pour les notes totales obtenues aux cours théoriques, aux séances de travaux pratiques et aux stages, 30% des notes totales obtenues aux examens trimestriels de fin de 1^{er} et 2^{ème} trimestre et 30% des notes totales du troisième

⁵⁷⁴ Arrêté du 3 novembre 1970 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 11 novembre 1970, p. 10447

examen trimestriel portant sur l'ensemble de la seconde année d'études. Ce dernier examen trimestriel revêt une importance particulière dans la mesure où il se passera sous le contrôle du médecin inspecteur régional de la santé qui désignera comme président du jury un médecin ayant une compétence particulière en rééducation et réadaptation fonctionnelle. Le jury devant être composé d'au moins trois membres dont un masseur-kinésithérapeute moniteur. Sans commentaire.... ! Comme de coutume deux échecs successifs à cet examen sont synonymes d'élimination définitive. Depuis l'arrêté du 3 novembre 1970, pour être admis en deuxième année les étudiants devaient avoir obtenu la moyenne (80 points) aux différentes épreuves. En 1976⁵⁷⁵, les étudiants devront remplir les trois conditions suivantes : satisfaire à l'examen de passage en totalisant 90 points au moins pour l'ensemble des épreuves, obtenir une note égale ou supérieure à 5 sur 20 à la démonstration pratique et à chacune des épreuves notées sur 20. Lorsque cette dernière condition ne sera pas remplie les candidats devront subir un examen oral de rattrapage devant un jury composé d'un médecin et masseur-kinésithérapeute moniteur-cadre dans la ou les matières concernées. Force est de constater que les conditions de passage de première en deuxième année sont devenues plus exigeantes. Pour les étudiants qui n'auraient pas obtenu les 90 points exigés, seuls ceux dont la note minimale est supérieure à 80 points pourront accéder aux épreuves de rattrapage. Ce principe est atténué par la possibilité pour ceux dont la note serait inférieure à 80 points mais qui auraient obtenu la moyenne pour l'ensemble des deux examens trimestriels obligatoires d'accéder auxdites épreuves de rattrapages. Cependant, dans les deux cas il est imposé de n'avoir obtenu aucune note inférieure à 5 aux épreuves écrites notées sur 20.

L'admission en troisième année est toujours conditionnée par l'accomplissement et la validation de la totalité des stages pratiques ainsi que la réussite à l'examen de passage (moyenne égale à 10 sur 20). Les notes prises en compte en l'espèce sont une note sur 40 points totalisant l'ensemble des notes attribuées pour le travail fourni au cours de l'année scolaire (cours théoriques, séances de travaux pratiques, stages) et une note sur 15 pour chacun des examens des premier et deuxième trimestres (examens portant sur les matières enseignées au cours du trimestre correspondant). Enfin, une note sur 30 pour l'examen du troisième trimestre portant sur l'ensemble du programme de la seconde année d'études.

Les années suivantes, les textes réglementaires publiés n'apporteront que quelques modifications, tant en matière d'études préparatoires que de diplôme d'Etat, traduisant une

⁵⁷⁵ Arrêté du 14 décembre 1976 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 21/12/1976, p. 6787

évolution dans la manière de juger des capacités des élèves à poursuivre les études ou bien prenant en compte l'influence grandissante des règles européennes. A compter de 1973, et pendant plusieurs années, il n'y aura plus de grandes réformes. Au gré de la publication des textes réglementaires, quelques corrections seront apportées en matière de conditions d'études et de diplôme d'Etat. En matière d'études préparatoires, l'arrêté du deux août 1973⁵⁷⁶ précise que si la moyenne (10/20 points) à l'ensemble des épreuves d'admissibilité est toujours exigée pour être admis en seconde année, les candidats qui auraient obtenu une note inférieure à cinq à l'une des quatre premières épreuves écrites devront, pour être admis en 2^{ème} année, avoir subi une épreuve orale dans la ou les matières en question devant jury composé d'un médecin et d'un masseur kinésithérapeute moniteur. Des épreuves de rattrapage sont également prévues en faveur des étudiants qui totaliseraient soixante-quinze points à l'ensemble des épreuves passées au cours de l'année ainsi que pour ceux qui, n'ayant pas obtenu ce score, ont obtenu la moyenne à l'ensemble des deux examens trimestriels obligatoires, à condition qu'aucune des notes des quatre premières épreuves écrites n'ait pas été inférieures à cinq.

Une moyenne générale inférieure à six sur vingt est synonyme d'exclusion définitive. Les candidats autorisés à redoubler pourront le faire au sein de leur établissement d'origine ou bien « [...] *dans tout autre établissement* [...] ». Un nouvel échec à la fin de cette deuxième scolarité entraînant une élimination définitive. In fine, le régime réservé aux personnes bénéficiaire d'une dispense totale de scolarité, applicable à compter de la rentrée scolaire 1973-1974, est précisé. Ces candidats ont la faculté de se présenter à une ou deux sessions de l'examen du diplôme d'Etat, à condition que ce soit au cours de la même année scolaire. Un échec les oblige à accomplir une troisième année d'études. Là encore, un nouvel échec entraîne l'élimination définitive, quel que soit le nombre de sessions auxquelles ils se sont présentés.

Les modalités des différents examens organisés au cours de la scolarité vont être révisées⁵⁷⁷. Le jury de l'examen de passage de première en deuxième année, toujours présidé par un médecin ayant une compétence particulière en rééducation et réadaptation fonctionnelle est composé au minimum de quatre membres. La nouveauté est que, désormais, il doit compter deux moniteurs cadres de masso-kinésithérapie, ce qui est un progrès en matière de représentation et de parité. Pour assurer une plus grande impartialité, l'épreuve de technologie

⁵⁷⁶ Arrêté du 2 août 1973 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 08 septembre 1973, p. 9813

⁵⁷⁷ Arrêté du 14 décembre 1976 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 21 décembre 1976, p. 6787

pratique de l'examen de fin de première année devra être réalisée devant deux moniteurs cadres de masso-kinésithérapie, dont un n'a pas assuré cet enseignement. Des épreuves de rattrapages sont toujours prévues pour les étudiants ayant échoué à l'examen de passage en troisième année mais ayant obtenu un nombre minimum de 80 points. Ces épreuves sont également ouvertes à celles et ceux qui totalisent moins de 80 points mais qui ont validé les deux examens trimestriels obligatoires et n'ont eu aucune note inférieure à cinq aux épreuves écrites. Les épreuves orales portaient précédemment sur la ou les matières dans lesquelles le candidat avait échoué. Dorénavant l'épreuve comporte trois questions portant sur des matières choisies par un médecin, notées chacune sur dix et une interrogation par un moniteur cadre de masso-kinésithérapie sur une question de technologie notée sur 20 points. À l'issue de ces épreuves, lors des délibérations, le jury devra prendre en compte le livret scolaire du candidat. Une moyenne inférieure à sept sur vingt exclue définitivement le candidat de la formation.

Une restriction va être apportée aux règles régissant le redoublement. Alors que précédemment, les élèves étaient autorisés à redoubler dans l'école de leur choix, obligation leur est faite de redoubler obligatoirement dans l'école où ils effectuent leur scolarité sauf s'ils ont obtenu l'accord préalable de l'école choisie. Le triplement est interdit. Ces dispositions seront applicables à compter de la rentrée scolaire 1976-1977.

Parmi les personnes dispensées de la première année d'étude, à savoir les titulaires du diplôme d'Etat de sage-femme, d'infirmier(e) et de pédicure viennent s'ajouter les titulaires du diplôme d'Etat d'ergothérapeute et de psychorééducateur ainsi que les personnes ayant accompli et validé le premier cycle des études médicales⁵⁷⁸.

En matière d'études préparatoires aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute il faudra attendre de longues années avant qu'une réforme importante ne se fasse jour, induite par les dispositions de l'arrêté du 05 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute⁵⁷⁹ qui, en son article 3 dispose que l'enseignement sera désormais effectué sous la forme de deux cycles d'études composés de douze modules répartis sur les trois années d'enseignement.

⁵⁷⁸ Arrêté du 18 janvier 1978 portant modification des articles 1er, 2, 25 et 26 de l'arrêté du 03 novembre 1970 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 22 janvier 1978, p. 683

⁵⁷⁹ Arrêté du 05 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 08 septembre 1989, p. 11397

Le premier cycle est confondu avec la première année d'étude. Il est composé de quatre modules représentant 900 heures d'enseignement auxquelles vient s'ajouter un stage clinique d'initiation de 70 heures.

I.1. Première année

MODULE	INTITULÉ DU MODULE	NOMBRE minimum de contrôles des connaissances
1	Anatomie, morphologie, cinésiologie et biomécanique de l'appareil locomoteur.	3
2	Physiologie humaine.	2
3	Pathologie - psycho-sociologie.	2
4	Masso-kinésithérapie. - Activités physiques et sportives.	4

Chaque module sera validé par un ou plusieurs contrôles de connaissances obligatoire, écrits et anonymes. L'élève qui n'aura pas obtenu une moyenne au moins égale à dix sur vingt au(x) contrôle(s) d'un module bénéficiera d'un examen de rattrapage portant sur l'ensemble des enseignements de ce module en fin d'année scolaire. Cet examen pouvant être accompagné d'une épreuve pratique.

Dans le cas où un examen de rattrapage est nécessaire, le module sera définitivement validé lorsque l'élève aura obtenu une note au moins égale à dix sur vingt à une moyenne calculée de la façon suivante : note du contrôle ou moyenne des notes des contrôles plus note de l'examen de rattrapage. Si la validation d'un module prévoit plusieurs examens, un masseur-kinésithérapeute moniteur cadre participera à la correction d'au moins un contrôle ainsi qu'à l'examen de rattrapage.

L'élève qui ne satisfait pas à ces conditions mais qui a obtenu une note moyenne à l'ensemble des modules de première année égale ou supérieure à 5 sur 20 à l'issue de l'examen de rattrapage est autorisé à redoubler. Celui qui, après l'examen de rattrapage, a obtenu une moyenne inférieure à 5 sur 20 à l'ensemble des modules est définitivement éliminé. Les directeurs des écoles ont l'obligation de communiquer à la DRASS la liste des élèves ainsi exclus.

Pour accéder à la deuxième année, les élèves doivent avoir obligatoirement validé l'intégralité du 1er cycle des études ainsi que le stage clinique d'initiation.

Le deuxième cycle est enseigné au cours des 2^{ème} et 3^{ème} année. Il est composé de 960 heures de cours, de travaux dirigés et de travaux pratiques et de 1400 heures de stages cliniques représentant 40 semaines de stages à temps plein 35 heures par semaine. La durée des stages cliniques représente 50% du temps total de formation, et 60% si l'on considère la 2^{ème} et 3^{ème} année.

I.2. Deuxième et troisième année

MODULE	INTITULÉ DU MODULE	NOMBRE minimum de contrôles des connaissances
1	Masso-kinésithérapie, technologie.	3
2	Psycho-sociologie, réadaptation.	1
3	Rééducation et réadaptation en traumatologie et orthopédie.	3
4	Rééducation et réadaptation en neurologie, anatomie et physiologie du système nerveux central.	2
5	Rééducation et réadaptation en rhumatologie.	2
6	Rééducation et réadaptation en pathologie cardio-vasculaire.	1
7	Rééducation et réadaptation en pathologie respiratoire, réanimation.	1
8	Kinésithérapie en médecine, gériatrie et chirurgie.	1

MODULE	INTITULÉ DU MODULE	NOMBRE minimum de contrôles des connaissances
9	Pathologie infantile.	1
10	Prévention, promotion de la santé, ergonomie.	1
11	Kinésithérapie et sports.	1
12	Législation, déontologie, gestion.	1

Pour accéder à la troisième année d'études, les élèves doivent avoir validé chacun des modules ou partie de module à la fin de la deuxième année ainsi que les stages hospitaliers.

Des stages extra-hospitaliers sont prévus, devant être effectués en secteur libéral, d'une durée de dix heures au cours de la 1^{ère} année et de 20 heures en deuxième année. Il est précisé que ces stages extra-hospitaliers ne donneront pas lieu à validation. Le masseur-kinésithérapeute responsable du stagiaire adressera au directeur de l'école une simple attestation de présence.

L'autre innovation importante apportée par ce texte est l'obligation pour les étudiants de 3^{ème} année de rédiger, au cours d'un des stages hospitaliers à temps plein, un travail écrit de quinze pages dactylographiées maximum portant sur l'étude d'un cas clinique. Ce travail doit être la synthèse de l'ensemble de la prise en charge masso-kinésithérapique d'un patient. Ce travail sera noté sur vingt. Il sera évalué par le chef du service d'accueil ou un praticien du service et

un masseur-kinésithérapeute moniteur cadre enseignant à l'école. Une note minimum de dix est exigée pour pouvoir se présenter à l'épreuve du diplôme d'Etat.

L'élève qui n'aura pas validé un (ou des) module(s) ou stage(s) sera dans l'obligation de redoubler intégralement l'année scolaire. Le triplement des première et deuxième années n'est pas autorisé. Les absences aux travaux dirigés et aux travaux pratiques sont laissées à l'appréciation du directeur de l'école mais ne pourront pas excéder une durée supérieure à 10% des heures affectées à ces travaux dirigés et pratiques.

En ce qui concerne l'arrêté du 5 septembre 1989 précité, il nous faut souligner l'extrême désinvolture des autorités de tutelle des étudiants en masso-kinésithérapie et de leurs enseignants. En effet, alors que la majorité des écoles de masso-kinésithérapie ont déjà effectué leur rentrée, l'article 30 dudit arrêté dispose que « *Le présent arrêté s'applique aux candidats entrant en scolarité à compter de la rentrée 1989 [...]* ». Une atténuation à ce principe est tout de même prévue. Les écoles qui le souhaitent auront la possibilité d'appliquer ces dispositions à la rentrée scolaire de 1990. En pratique, il était demandé aux directeurs des écoles préparant au diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute et à leurs équipes pédagogiques d'appliquer immédiatement une refonte totale des programmes d'enseignement alors que la scolarité avait déjà débuté. Cependant, il leur sera tout de même possible de différer d'un an la mise en œuvre de la réforme texte le texte disposant in fine « *[...] Toutefois, les écoles qui le souhaitent auront la possibilité d'appliquer ces dispositions à la rentrée scolaire de 1990. Dans ce cas, elles devront mettre en place ces nouvelles dispositions pour les deux premières années d'études lors de cette rentrée.* »

La réforme de l'enseignement va également impacter les épreuves de l'examen du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

2. L'impact de la réforme sur les épreuves du diplôme d'Etat

Comme par le passé, pour pouvoir se présenter aux épreuves du diplôme d'Etat, les candidats doivent avoir effectué et validé l'intégralité de leurs stages hospitaliers. En la matière, le stage à plein-temps de deux mois, obligatoirement effectué au cours de la troisième année d'étude va prendre une importance considérable dans la mesure où, lors des délibérations du Diplôme d'Etat, le jury attribuera une note de zéro à vingt points sanctionnant la totalité des stages « [...] *tenant compte en particulier de l'appréciation formulée par le chef de service auprès duquel s'est déroulé le stage à plein-temps.* »⁵⁸⁰.

L'examen porte sur l'ensemble du programme fixé pour les trois années d'études. Il comprend deux séries d'épreuves. Les questions écrites sont les mêmes pour tous les centres d'examen dans lesquels les épreuves doivent toutes se dérouler le même jour. Les questions, choisies par le ministre de tutelle, envoyées sous pli cacheté aux chefs des services régionaux de l'action sanitaire et sociale, ne peuvent être ouvertes que dans la salle d'examen, en présence des candidats.

L'innovation réside dans la forme de l'épreuve écrite d'admissibilité, qui consiste désormais en une épreuve de synthèse, d'une durée de trois heures notées sur 40 points, permettant au candidat d'apporter la preuve des connaissances synthétiques acquises au cours des trois années d'études. Il s'agit d'un exposé, à partir d'un cas concret portant sur un traitement de rééducation, devant comporter un rappel des notions de base d'anatomie, de physiologie et de pathologie, ainsi que la description des techniques utilisées, leurs contre-indications et leurs incidences psychologiques. La correction sera assurée par un binôme médecin/masseur-kinésithérapeute moniteur. Jusqu'alors, les épreuves d'admissibilité consistaient en une succession de questions portant sur le programme des matières théoriques fondamentales (anatomie, physiologie) ainsi que sur la technologie. À aucun moment, il n'était fait appel à la capacité de réflexion des candidats. Désormais, ceux-ci ne devront plus faire l'étalage d'un savoir livresque mais organiser leurs connaissances en un ensemble cohérent permettant, à partir d'un bilan de rééducation très précisément détaillé, de proposer un plan de rééducation tenant compte du patient, de l'affection dont il souffre, du ou des traitements qu'il a subis, et du moment à partir duquel il est demandé au praticien d'intervenir. Pour illustrer ce propos,

⁵⁸⁰ Arrêté du 9 mai 1972 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 27 mai 1972, p. 5370. Les caciques ministériels n'étant pas avares de précisions ...à postériori, ce texte modifie l'article 31 de l'arrêté du 3 novembre 1970 en énonçant expressément que « [...] *la correction des épreuves d'admissibilité devra être effectuée par un médecin et un masseur moniteur " membre du jury" [...]* » ce qui nous semble quand même être la moindre des choses !

de mémoire le sujet de la première session du diplôme d'Etat de l'année 1975 était à peu près celui-ci : « *Un ouvrier du bâtiment de 37 ans, ayant subi une cure de sevrage efficace, présente une paralysie séquellaire des nerfs sciatiques poplités externes. Après avoir fait un rappel anatomique du nerf sciatique poplité externe et décrit la physiologie de la marche, vous traiterez les conséquences pathologiques d'une telle affection ainsi que les traitements envisagés. Vous établirez le bilan effectué à l'entrée en centre de rééducation. À partir des conclusions de ce bilan, vous décrirez les différentes étapes du traitement de masso-kinésithérapie que vous entreprendrez jusqu'à la sortie du centre de rééducation sans oublier d'évoquer les conséquences socio-professionnelles.* »

Cette rédaction pouvant être obscure pour un non-initié, il nous faut en assurer la « traduction » ! Il s'agissait de traiter un travailleur manuel (ouvrier du bâtiment), encore jeune (37 ans) donc exposé à des travaux pénibles nécessitant un équilibre parfait (marche en terrains accidentés, montées / descentes d'échelles ou échafaudages) et donc une récupération ad integrum de la fonction motrice et stabilisatrice des deux membres inférieurs. Il nous était dit que cet homme avait subi une cure de sevrage efficace, ce qui signifiait qu'alcoolique, il avait cessé de boire et était redevenu sobre. Une des deux complications majeures de l'alcoolisme est la polynévrite éthylique⁵⁸¹ (la seconde malheureusement irréversible étant la cirrhose alcoolique⁵⁸²), c'est-à-dire une atteinte dégénérative progressive des racines les plus longues du nerf sciatique qui régresse lorsque le sujet arrête de boire. Le sujet atteint par cette pathologie présente alors le signe pathognomonique⁵⁸³ de cette affection, c'est-à-dire une paralysie des muscles releveurs des orteils et des pieds. Dans la mesure où il nous était précisé que la cure de sevrage avait été couronnée de succès, cela signifiait que la paralysie avait commencé à régresser. Notre bilan kinésithérapique devait essentiellement porter sur un examen précis et analytique des différents muscles innervés par les nerfs sciatiques poplités externes (testing musculaire) précédé d'un bilan articulaire des pieds et des chevilles qui nous serviraient de guides pour entreprendre une rééducation complète (passive, active,

⁵⁸¹ Polynévrite éthylique : atteinte bilatérale et symétrique des nerfs périphériques d'origine toxique (alcool). Sources : DELAMARE Jacques, Dictionnaire abrégé des termes de médecine, 4ème édition, Maloine éditeur, Paris, 2004

⁵⁸² Cirrhose: Affection hépatique associant une sclérose annulaire et mutilante, des nodules parenchymateux de régénération et une nécrose cellulaire. La cirrhose alcoolique est la variété la plus fréquente en France de cirrhose. Qu'elle soit atrophique ou hypertrophique, elle est la conséquence de la stéatose et de l'hépatite alcoolique qui, souvent intriquées, constituent le foie alcoolique. Sources : DELAMARE Jacques, Dictionnaire abrégé des termes de médecine, 4ème édition, Maloine éditeur, Paris, 2004

⁵⁸³ Signe pathognomonique : symptôme qui se rencontre seulement dans une maladie déterminée et qui suffit à en établir le diagnostic ; Sources : Le Grand Robert, Dictionnaire de la langue française, édition numérique, 2014

proprioceptive avec éventuellement au début de notre traitement la réalisation d'orthèses favorisant le travail des muscles releveurs des pieds) permettant d'envisager une reprise du travail à moyen terme. En conclusion de ce travail, nous nous devons d'évoquer les conséquences d'une telle affection (imprégnation alcoolique, addiction rebelle), les séquelles possibles et l'éventualité d'un reclassement professionnel, dernière possibilité qui, à l'époque, était chose beaucoup plus aisée qu'aujourd'hui. Une bonne conclusion permettait aux candidats d'obtenir facilement entre quatre et cinq points sur quarante, ce qui n'était pas à négliger.

Les candidats ayant obtenu la moyenne aux épreuves d'admissibilité⁵⁸⁴ sont autorisés à se présenter aux épreuves pratiques du diplôme d'Etat, qui elles aussi, avaient subi le vent de la réforme.

En matière d'épreuve orale, exit la technologie, l'hygiène, la psychologie et la pédagogie, remplacée par la législation sociale et professionnelle et la déontologie. Une à deux questions posées par un jury composé d'un médecin et d'un masseur-kinésithérapeute moniteur. Sans compter le temps de préparation, l'épreuve notée sur vingt points doit être d'une durée de cinq minutes.

L'épreuve pratique, notée sur quarante points, a elle aussi évolué. Précédemment le candidat devait, sur prescription du jury, exécuter une simple technique masso-kinésithérapique sur un malade donné. Dorénavant c'est l'exécution d'un traitement masso-kinésithérapique sur un malade donné qui est exigé, permettant au candidat d'apporter la preuve qu'il a acquis au cours de ses études la pratique des techniques kinésithérapiques et de leurs indications (massage, gymnastique, testing, kinésithérapie active et passive, appareillage).. C'est-à-dire qu'on lui demande de faire la preuve, comme lors de l'épreuve écrite d'admissibilité, d'un esprit de synthèse lui permettant de choisir et de mettre en œuvre, parmi les connaissances techniques acquises au cours des trois années d'études, les plus adéquates en fonction du cas pratique qui lui est proposé. Signe des temps, l'indulgence du jury est institué, puisque ce dernier a la possibilité de racheter des candidats après consultation du carnet scolaire qui devra obligatoirement être examiné et visé. Cependant, la note zéro à l'une des deux épreuves d'admission est toujours éliminatoire. Comme par le passé deux échecs consécutifs aux

⁵⁸⁴ Arrêté du 05 août 1971, Dispositions transitoires prévues à l'article 4 du décret du 28 mars 1969 relatives aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 31 août 1971, p.8671. En 1971 à titre exceptionnel, les candidats ayant échoué aux épreuves d'admissibilité à la première session 1971 seront autorisés à se présenter à la seconde session 1971 en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute sans pour autant avoir obtenu la note de 35 points sur 100 exigée par l'article 22 de l'arrêté du 20 mars 1968.

épreuves d'admission au diplôme d'Etat sont synonymes de redoublement de la troisième année. Un nouvel échec aux deux épreuves d'admission à l'issue d'un redoublement interdit définitivement au malheureux candidat la poursuite des études de masso-kinésithérapie.

En matière de diplôme d'Etat, en 1975, une disposition insérée dans l'arrêté du 25 mai ⁵⁸⁵ aussi brève que concise va bouleverser la règle en matière de présentation au diplôme d'Etat (cf. infra).

Art. 1^{er}. — Les personnes qui, en application de dispositions réglementaires antérieures au présent arrêté, ont été éliminées de la formation de masseur-kinésithérapeute en raison de leurs échecs successifs aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, sont autorisées à se présenter de nouveau à ces épreuves.

Cette mesure va causer un grand émoi au sein du « mundillo ⁵⁸⁶ » des étudiants en masso-kinésithérapie. Déjà en la matière, il y avait eu un précédent.

Un arrêté du 5 août 1971 ⁵⁸⁷ avait permis « *à titre exceptionnel* » aux candidats ayant échoué à l'épreuve d'admissibilité de la première session 1971 de se présenter à la deuxième session 1971 en vue de l'obtention du diplôme d'Etat nonobstant les dispositions du premier alinéa de l'arrêté du 1^{er} avril 1968 qui imposait pour ce faire d'avoir obtenu au minimum 35 points sur 100 à cette épreuve.

Depuis l'arrêté du 29 juillet 1953 portant organisation des examens en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, les candidats étaient autorisés à se présenter à quatre sessions du diplôme d'Etat. Cette disposition sera confirmée par les différents textes postérieurs (décret du 29 mars 1963, arrêté du 3 novembre 1970 modifié par les arrêtés du 9 mars 1972, du 2 août 1973 et du 16 mai 1974). Les dispositions dudit arrêté, abrogeant toutes les dispositions contraires, ordonne que « *les personnes qui, en application de dispositions réglementaires antérieures au présent arrêté, ont été éliminées de la formation de masseurs-kinésithérapeutes, en raison de leurs échecs successifs aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, sont autorisées à se présenter de nouveau à ses épreuves.* »

⁵⁸⁵ Arrêté du 25 mai 1975 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 06/06/1975

⁵⁸⁶ Mundillo : emprunté à l'espagnol, groupe restreint et plus ou moins fermé de personnes ayant la même position sociale ou professionnelle. Source : <http://www.wordreference.com/definicion/mundillo>

⁵⁸⁷ Arrêté du 05 août 1971 Dispositions transitoires prévues par l'article 4 du décret du 28 mars 1969 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 31 août 1971, p. 8671

Ayant été diplômé d'Etat au mois de juin 1975, nous avons le souvenir que cette mesure fit grand bruit au sein des écoles de masso-kinésithérapie. Certains esprits malveillants (mais l'étaient-ils vraiment ?) colportant la rumeur que ce texte avait pour origine la volonté d'un député proche du pouvoir en place, médecin de rééducation fonctionnelle de son état, désireux de permettre à un de ses enfants ayant échoué deux années consécutivement aux différentes épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute (admissibilité et admission) de pouvoir tenter de nouveau sa chance. Nous n'avons pas pu vérifier cette rumeur. Quelques années plus tard, ayant obtenu le certificat de moniteur cadre chargé d'enseignement, j'enseignai à temps plein à l'école de kinésithérapie de Nice. Je garde en mémoire le triste sort réservé à ces malheureux candidats par les jurys d'examen. Ayant redoublé la troisième année d'enseignement, il ne leur était plus possible de poursuivre officiellement des études. Pour garder une certaine pratique, ils en étaient réduits à travailler « clandestinement » soit aux côtés de masseurs-kinésithérapeutes libéraux peu regardant sur les qualifications de leur assistant ou bien beaucoup plus officiellement en étant salarié de médecins rhumatologues ou de médecins rééducateurs. Dans les deux cas leur exercice professionnel était illégal. En prêtant leur concours à un masseur-kinésithérapeute, ils travaillaient dans la clandestinité. Salarié d'un médecin, ils étaient exploités car employés officiellement comme aide technique. À l'époque, le conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes n'existait pas encore et celui des médecins n'y voyait aucun mal au grand dam du syndicat local des masseurs-kinésithérapeutes. Comme en toute chose il faut positiver, n'était-il pas préférable que ce soit ces candidats malheureux au diplôme d'Etat qui pratiquent les gestes pour lesquels ils avaient été formés alors qu'à la même époque, comme nous l'avons évoqué supra, bon nombre de cabinets médicaux employaient des personnels non qualifiés comme ce médecin rhumatologue languedocien qui confiait la rééducation, par lui prescrite à ses patients, à sa secrétaire précédemment propriétaire d'un étal sur les marchés du pays biterrois !

Il est difficile de saisir le sens de cette mesure réglementaire, sauf à penser, que le souhait des pouvoirs publics a été de permettre à ces « multi recalés du DEMK⁵⁸⁸ » de l'obtenir, à force d'obstination. Elle met en exergue un problème récurrent, celui de l'absence de passerelles entre les études préparant aux professions paramédicales et les autres cursus de l'enseignement supérieur du fait de l'exclusivité tutélaire du ministère de la santé, à l'exception des études préparatoires aux diplômes d'Etat d'orthophoniste et de psychomotricien qui sont sous la double autorité des ministères de la santé et de

⁵⁸⁸ DEMK : Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

l'enseignement supérieur. Ces étudiants, n'ayant pas réussi à obtenir le précieux sésame synonyme d'exercice légal de la profession de masseur-kinésithérapeute, pouvaient se présenter à l'examen du diplôme d'Etat car ils avaient validé les trois années d'enseignements théorique et pratique mais ils étaient dans une impasse car in fine ils ne pouvaient bénéficier d'aucune reconnaissance de tout ou partie du contenu de leurs trois années d'études et des savoirs qu'ils avaient acquis. Trois ans de gâchés. Tout ça pour ça serait-on tenté de dire⁵⁸⁹

En 1979, les conditions d'obtention du diplôme d'Etat vont subir plusieurs modifications⁵⁹⁰. Alors que le précédent arrêté ministériel disposait que l'épreuve écrite d'admissibilité devait être corrigée par un binôme constitué d'un médecin et d'un moniteur cadre de masso-kinésithérapie, le nouveau texte précise que ces derniers devront être membres du jury. Le contenu et le déroulement des épreuves d'admission restent inchangés. Cependant, alors que précédemment, une note de zéro à l'une des épreuves était éliminatoire, désormais c'est une note inférieure à six sur vingt qui entraînera une élimination. De même, les stages hospitaliers vont être pris en compte par le biais d'une note sur dix points qui vient s'ajouter aux notes des autres épreuves d'admission (législation professionnelle et sociale, épreuve pratique). Elle sera déterminée à partir d'un barème préétabli en fonction des appréciations obtenues lors de chaque stage. Neuf points pour la mention excellent, huit /très bon, 7 / bon, 6 / assez bon, et cinq pour passable. La note totale étant de 70 points, sont déclarés reçus les candidats ayant obtenus une moyenne de 35 points.

Autre innovation, le jury dispose désormais de la possibilité de racheter des candidats après consultation du livret scolaire en ayant l'obligation de l'examiner et de le viser mais les critères d'appréciation restent flous car le texte est muet sur les conditions permettant le « rachat » du candidat. À partir de quelle moyenne cette mesure est-elle envisageable ? Mystère ! En la matière les pouvoirs publics semblent faire confiance « *au souverain pouvoir d'appréciation du jury* »... Ultime nouveauté venant remédier au silence des précédents

⁵⁸⁹ L'article 24 de l'arrêté du 05 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, (cf. supra) va modifier les conditions de redoublement en cas d'échec au diplôme d'Etat. Les candidats ayant échoué aux deux sessions d'examen organisées à la fin de la même année scolaire ne seront plus tenus, comme auparavant, de redoubler la troisième année dans la mesure où ils pourront se présenter comme candidat libre. Le texte précise que, toutefois, le directeur de l'école pourra accorder le bénéfice d'un complément de scolarité au candidat qui lui en fait la demande. Une fois encore, en l'espèce, on ne peut pas s'empêcher de s'interroger sur l'utilité d'une telle mesure. Comment peut-on penser qu'un candidat ayant échoué à deux reprises à un examen organisé à l'issue de trois ans d'études pourra avoir quelques chances de réussite en se représentant un an plus tard en étant sorti de la dynamique de l'enseignement théorique de des stages cliniques...

⁵⁹⁰ Arrêté du 05 décembre 1979 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 15 décembre 1979, p. 10217

arrêtés, l'article 8 dispose que les personnes bénéficiaires d'une dispense totale de scolarité auront la faculté de se présenter à une ou deux sessions du diplôme d'Etat, à condition que ces deux présentations aient lieu dans la même année scolaire. En cas d'échec, ces candidats seront tenus d'accomplir la troisième année d'étude. En matière de diplôme d'Etat, il n'y aura plus de réforme pendant plus d'une décennie. Il faudra attendre le décret n° 89-633⁵⁹¹ du 5 septembre 1989 qui va instituer une mise en situation professionnelle, dont les modalités vont être fixées par l'article 22 de l'arrêté du même jour, en lieu et place de l'ancienne « l'épreuve pratique d'admission »⁵⁹².

Cette épreuve devra être d'une durée de quarante-cinq minutes. Elle comprendra un temps de préparation de vingt minutes à l'occasion duquel les éléments du dossier de la personne servant de sujet d'examen sont remis au candidat. La mise en situation professionnelle, en tant que telle, sera d'une durée de vingt-cinq minutes au cours desquelles le candidat doit après avoir effectué un bilan masso-kinésithérapique du patient annoncer le plan de son traitement masso-kinésithérapique puis exécuter les techniques masso-kinésithérapiques nécessaires à la mise en œuvre de la prescription médicale. Le candidat après avoir justifié les techniques qu'il a choisi de mettre en œuvre ainsi que leurs indications devra procéder à une évaluation des techniques à utiliser en fonction de l'évolution de l'état de la personne.

Si la création d'une troisième année d'études a permis une évolution des conditions d'enseignement et de diplôme d'Etat, une autre mesure a eu un retentissement certain sur la profession de masseur-kinésithérapeute : la création d'un corps de masseur-kinésithérapeute moniteur dont la première mission a été d'assurer la transmission des savoirs pratiques et technologiques mais qui va rapidement évoluer vers une fonction de cadre ayant une double compétence d'enseignement et de gestion administrative.

⁵⁹¹ Décret n°89-633 du 5 septembre 1989 modifiant le décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 08 septembre 1989, p. 11396

⁵⁹² cf. supra note n° 589

3. L'impact de la réforme sur l'enseignement des savoirs pratiques

A. La création du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur

Quelques mois avant l'avènement de la troisième année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute une mesure que la profession attendait depuis longtemps va voir le jour, à savoir la création du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur⁵⁹³ qui est, quelle que soit son appellation, un diplôme préparé au sein d'écoles de cadres de kinésithérapie créées concomitamment. Dans les faits, c'est la création du certificat d'études spéciales de rééducation fonctionnelles⁵⁹⁴, diplôme universitaire délivré par les facultés de médecine qui a, pour une large part, permis cette création. Pour comprendre cette dynamique impulsée par une partie du corps médical, il faut bien comprendre que la rééducation et la réadaptation fonctionnelle représentent un marché que les médecins ne souhaitent pas voir leur échapper et que leur détermination à ne pas lâcher ne serait-ce qu'une once de la domination sans partage qu'ils exercent toujours sur l'exercice de la rééducation fonctionnelle et sur ses agents que sont les masseurs-kinésithérapeutes est restée intacte. Ainsi que nous l'avons expliqué supra ayant obtenu la reconnaissance officielle d'une discipline de rééducation et réadaptation fonctionnelle les médecins vont pouvoir constituer un corps de praticiens spécialistes qui deviendront chef de service de rééducation fonctionnelle. Ayant une mainmise totale de l'organisation de ce secteur du soin et du contrôle de l'exécution des gestes professionnels en secteurs hospitaliers public et privé, ils vont avoir besoin pour les aider de professionnels spécialement formés à qui ils vont pouvoir déléguer un certain nombre de tâches parmi les moins nobles. La démonstration et la réalisation des gestes de la pratique de base (dont ils n'ont le plus souvent qu'une connaissance théorique), la réalisation des différents bilans, lors de l'admission, en cours de traitement et à l'occasion de la sortie des patients seront également exécutés par ces masseurs-kinésithérapeutes moniteurs qui n'auront dans un premier temps aucune fonction d'encadrement car, pour de longues années encore, au sein des services d'hospitalisation ce rôle sera dévolu à la surveillante ou à la surveillante chef infirmière. C'est pour cette raison que les médecins ne s'opposant plus à l'allongement de la durée des études vont permettre à ce qu'une certaine hiérarchisation se fasse jour au sein de la

⁵⁹³ Décret n° 67-652 du 25 juillet 1967 créant un certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur, JORF du 05 août 1967, p. 7860

⁵⁹⁴ Arrêté du 4 août 1965 Création d'un certificat d'études spéciales de rééducation et de réadaptation fonctionnelles délivré par les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie. JORF du 27 août 1965, p. 7638

profession de masseur-kinésithérapeute avec la création d'un certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur, puis de moniteur cadre.

Jusqu'alors, seule la profession d'infirmier et d'infirmière disposait d'agents d'encadrement, qui pendant longtemps étaient nommés en fonction de leur compétence et de leur ancienneté dans la profession. Dès 1942⁵⁹⁵, conjointement à l'instauration d'un diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière hospitalier est institué un diplôme de monitrice ou de moniteur infirmier, délivré après une formation spécifique de trois mois. L'année suivante⁵⁹⁶ un décret institue la fonction de surveillant hospitalier et organise les services médicaux hospitaliers. Il définit les missions d'organisation et de contrôle des surveillants hospitaliers qui exercent une double fonction de soignant et de responsable administratif. En 1958⁵⁹⁷, les dispositions régissant la fonction de monitrice ou moniteur infirmier sont abrogées. Sont créés les certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmier surveillant (CAFIS) et infirmier moniteur (CAFIM), délivrés à l'issue d'une formation de huit mois. Pendant des décennies, au sein des services d'hospitalisation, l'infirmier (e) surveillant (e) aura sous sa responsabilité l'intégralité des intervenants soignants ainsi que du personnel technique en relation avec les malades. Les masseurs-kinésithérapeutes salariés seront sous la tutelle administrative de ces cadres infirmiers.

L'officialisation de la fonction de masseur-kinésithérapeute moniteur est la reconnaissance par les pouvoirs publics, d'un état de fait. En effet, comme le rappelle fort justement Jacques MONET⁵⁹⁸, la FFMKR qui était à l'époque le fer de lance du projet de réforme en profondeur des études avait, dès 1965, ouvert une école de masseurs-kinésithérapeutes enseignants, au sein de l'Institut National de la Kinésithérapie⁵⁹⁹. Le but avoué par les responsables fédéraux

⁵⁹⁵ Décret du 10 août 1942, ayant pour objet la délivrance du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière hospitalier, article 10, JORF du 3 septembre 1942, p.3335. Sources : Le cadre formateur : vers quelle professionnalisation ? Source :

⁵⁹⁶ Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, JORF du 27 avril 1943, p. 1156. Sources : COTTRET Yves, Président du CNKS, Professions et métiers hospitaliers, Réglementation du Cadre de santé, Source : <http://personnellesante.fr/etablissement-sante-environnement/reglementation-du-metier-cadre-de-sante.html>

⁵⁹⁷ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 portant création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et infirmier surveillant, JORF du 19 novembre 1958, p. 10400

⁵⁹⁸ Cf. supra,

⁵⁹⁹ Créée en 1963 par la fusion de la « Fédération française des kinésithérapeutes de France et de la communauté » et la « Fédération des indépendants » la FFMKR, avait à l'origine exclusivement un rôle de défense des intérêts de la profession. Très rapidement, elle proposera d'autres services à ses adhérents. C'est

était de permettre au titulaire du diplôme délivré par cet institut de devenir responsable de stage, enseignant dans les écoles, chef de groupe ou bien chef de service dans les centres de rééducation. Dans la revue « Kinésithérapie », en 1964, il est porté à la connaissance des adhérents que « [...] le premier congrès administratif de la Fédération s'est prononcé pour la création d'une École de cadres afin de former des kinésithérapeutes enseignants, moniteurs de stages ou cadres de services de rééducation. Les délégués fédéraux [...] ont présenté cette motion au Ministère de la Santé, puis sur la demande du Ministère fait préparer par la commission de l'enseignement un projet de programme pour cette école de cadres ». Ce projet présenté au Ministère le 23 octobre de la même année ayant été accepté, la FFMKR a été autorisée à ouvrir une École de Cadres.

L'obtention de cette autorisation revêtait une très grande importance car, le ministère de la Santé avait laissé entendre aux délégués de la FFMKR que la prochaine création d'une troisième année d'enseignement était conditionnée au fonctionnement de l'École des cadres⁶⁰⁰. Ainsi que l'écrivait⁶⁰¹ Marcel Bienfait, qui fut le premier directeur de cette école avant de passer le témoin en 1969 à Denis Porte « L'idée d'une école de cadres pour l'enseignement de la kinésithérapie n'est pas nouvelle [...] deux solutions étaient possibles [...] Demander aux pouvoirs publics, en l'occurrence le ministère de la santé d'établir une réglementation, de créer et d'officialiser un diplôme d'enseignant. [...] inutile d'insister sur la longueur d'une telle façon de faire. La promotion de notre profession ne pouvait pas attendre ; nous avons choisi l'autre voie. » Les responsables syndicaux, sachant que les textes relatifs à la création d'un diplôme d'enseignant en masso-kinésithérapie étaient en gestation au sein du ministère de la santé et fondant leur démarche sur les règles du Code du travail autorisant les organismes syndicaux officiels à organiser un enseignement postsecondaire et des cours de perfectionnement, la FFMKR a créé une école d'enseignants, délivrant des diplômes ne bénéficiant d'aucune reconnaissance officielle, certes, mais dans le triple but. « Avoir rapidement des enseignants dignes de ce nom. Faire pression sur les pouvoirs publics pour qu'ils prennent conscience de l'urgence de l'un enseignement codifié et établissent les textes. Apporter, dès la promulgation des textes une école et un corps professoral bien rodés. »⁶⁰²

ainsi qu'elle sera amenée à créer une structure de formation intégrant des stages ainsi qu'un congrès scientifique annuel, l'Institut national de la kinésithérapie (INK). Sources ffmkr.org

⁶⁰⁰ Kinésithérapie, n° 19 (152) Novembre 1965, p.45

⁶⁰¹ Kinésithérapie, n° 21 (154) Janvier 1966, p.9-10

⁶⁰² cf. note supra

Cependant, il ne faut pas croire que ce projet fut facilement adopté par le Conseil d'administration de la FFMKR, car au sein même de la profession, certains y étaient farouchement opposés. De même, les responsables fédéraux durent faire face à l'hostilité de plusieurs représentants de la profession au sein du Conseil de la kinésithérapie qui tentèrent d'empêcher l'ouverture de cette école, comme le prouve la copie d'un courrier daté du 8 janvier 1965, signé par le Président de la Fédération des Masseurs Kinésithérapeutes de France et de la Communauté au directeur de « *l'École des Enseignants, alias « École des Cadres »* » selon la terminologie rédactionnelle de ce courrier qui laisse transparaître une certaine opposition à cette structure novatrice.

62 KINÉSITHÉRAPIE - N° 23 (156) - Mars 1966

FEDERATION
des
MASSEURS - KINESITHERAPEUTES
DE FRANCE
ET DE LA COMMUNAUTE
163, rue Saint-Honoré - PARIS 1^{er}

Paris, le 8 janvier 1965

Monsieur le Directeur et cher Confrère,

J'ai reçu votre lettre du 3 Décembre 1965 concernant l'École des Enseignants alias « École de Cadres ». Je suis surpris que vous me « renouvellez » votre proposition de prendre part active à la gestion de l'École. Je n'ai jamais, sauf erreur, été sollicité.

Quoiqu'il en soit j'ai le regret de vous faire savoir qu'il m'est impossible de faire honneur à votre proposition pour la simple raison que ni le Conseil d'Administration de la Fédération des Masseurs-Kinésithérapeutes de France et de la Communauté, ni moi-même, n'approuvons la création d'une telle école. Celle-ci en effet ne pouvant à notre sens, apporter une solution valable aux problèmes conjoints des réformes de structures des services publics, de l'Enseignement de la Kinésithérapie, et du recyclage permanent.

Je ne puis donc accepter de participer aux travaux du jury et à la gestion de l'École des Enseignants.

Par contre, notre Organisation reste désireuse de rencontrer les membres de la F.F.M.K.R. pour une étude en commun des questions sus-dites.

Croyez, Monsieur le Directeur et chef confrère à mes meilleurs sentiments.

Le Président,
R. KRASENSKY

La rentrée inaugurale de cette école initialement dénommée « École des kinésithérapeutes enseignants » eu lieu le lundi 27 septembre 1965, dans des locaux provisoires chez les frères de Saint Jean de Dieu à Paris dans le 15^e arrondissement. Comme nous pouvons le découvrir dans le document infra, issu de la revue « Kinésithérapie »⁶⁰³ l'école était dotée d'un comité de patronage composée de 11 membres, dont 10 étaient médecins (!) et le onzième directeur de l'École supérieure des Techniques d'Expression.

⁶⁰³ Kinésithérapie, n° 19 (152), Novembre 1965, p. 60

Lorsqu'on sait que la finalité recherchée était la transmission des savoirs tant auprès des futurs masseurs-kinésithérapeutes que la gestion des professionnels au sein des services de rééducation publics et privés, il ne faut pas s'étonner de cette présence qui traduit la volonté de développer le versant pédagogique de l'enseignement dispensé.

Le corps professoral était composé d'un directeur technique médical, d'un directeur administratif et d'un collège de quinze enseignants composé de six médecins, sept masseurs-kinésithérapeutes, d'un avocat et d'une psychologue.

60 KINÉSITHÉRAPIE - N° 19 (132) Novembre 1965

ECOLE DES KINÉSITHÉRAPEUTES ENSEIGNANTS

COMITÉ DE PATRONAGE

Dr BLONDIN Sylvain, Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Dr ROUVILLOIS Claude, Chirurgien Franco-Musulman
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Dr COIRAULT, Professeur Agrégé,
Dr NATALI Jean, Professeur Agrégé,
Chirurgien des Hôpitaux,
Dr DUCROQUET Robert, Chirurgien-Chef de l'Œuvre des Jeunes Infirmités
Dr DUVROQUET Jean, Chirurgien Orthopédiste de la Fondation Rothschild
Dr DUCROQUET Pierre, Chirurgien Orthopédiste Hôpital Saint Jacques,
Dr JAULMES Bernard, Médecin-Chef de la Banque du Sang, Hôpital Broussais
Dr HERSCHBERG Alexandre, Endocrinologue, Hôpital Saint Michel
Dr DEMOS
M. LESTEVEN, Directeur de l'Ecole Supérieure des Techniques d'Expression

CORPS PROFESSORAL

DIRECTEUR TECHNIQUE MEDICAL	Docteur Claude ROUVILLOIS Membre de l'Académie de Chirurgie
DIRECTEUR ADMINISTRATIF	Monsieur M. BIENFAIT
PROFESSEURS :	
Docteur Robert DUCROQUET	Physiologie du mouvement
Docteur Jean DUCROQUET	Lecture de Radiographies
Docteur Bernard JAULMES	Culture Générale Chirurgie
Docteur Jean TERNISIEN	Culture Générale Médecine
Maitre Pierre BARON	Organisation du Travail et Législation
Monsieur Denis PORTE	Physiologie pathologique neuro-musculaire
Monsieur René MORICE	Physiologie et application du massage
Monsieur Denis ROQUETTE	(
Monsieur Emile BARS	(
Monsieur Lucien LESTEVEN	(
Docteur AKIL	(
Mademoiselle AOURCPILLON	(
Monsieur Michel BLANCHARD	(
Monsieur Marcel BIENFAIT	(
Docteur ORLOWSKI	(
	Technique d'expression
	Pédagogie appliquée
	Psychologie, sociologie et rapport humain
	Organisation professionnelle, Déontologie,
	Reéducation générale, plâtre, statistique,
	organisation des centres
	Electrothérapie

Par la suite⁶⁰⁴, au côté du directeur médical va être nommé un directeur médical adjoint et le corps professoral va s'étoffer de manière importante passant de 17 membres à 41 parmi lesquels on trouve 21 médecins, 16 masseurs-kinésithérapeutes, 1 avocat, 1 professeur agrégé de philosophie, 1 assistante sociale, 1 psychologue et 1 orthopédiste-prothésiste. À la lecture de cet organigramme on prend conscience qu'en très peu de temps, les responsables de cette école ont eu la volonté de s'adjoindre les compétences des meilleurs praticiens dans tous les domaines ouverts ou en cours d'ouverture à la masso-kinésithérapie.

⁶⁰⁴ Kinésithérapie, n° 41 (174), Décembre 1967, p. 75

En effet, à l'orthopédie, la neurologie, la rhumatologie, sont venus se joindre le traitement des maladies neuro-musculaires (myopathie), de l'appareil circulatoire (cardio-vasculaire, phlébologie⁶⁰⁵), des pathologies pulmonaires, des pathologies neurologiques infantiles (infirmités motrices cérébrales⁶⁰⁶), des brûlés, des amputés.

L'École était ouverte aux kinésithérapeutes français diplômés d'Etat depuis au moins trois ans, ainsi qu'aux kinésithérapeutes étrangers titulaires d'un diplôme reconnu valable par la W.C.P.T (Confédération Mondiale pour la Thérapie Physique)⁶⁰⁷.

Nous pouvons faire deux remarques. La première a trait à la terminologie employée. Nous verrons par la suite, qu'un des problèmes existentiels dominant au sein de la profession est la perte du monopole du massage, monopole légal dévolu par la loi du 30 avril 1946. Or, que pouvons-nous constater en l'espèce ? Tant dans la dénomination de l'école que dans l'exposé des motifs ayant présidé à la création de cette école le terme « masseur » est occulté. À aucun moment, il n'est employé. Faut-il y voir la volonté d'éradiquer les masseurs médicaux ou bien est-ce par facilité rédactionnelle ? Ayant débuté notre formation de masseurs-kinésithérapeutes au début des années 1970, nous gardons le souvenir que nos enseignants de technologie pouvaient être scindés en eux groupes. Les plus âgés, dont quelques-uns avaient fait partie de la première génération des diplômés de la première promotion en 1948, privilégiaient le massage et la mobilisation passive. Par contre, les plus jeunes qui faisaient partie des premières promotions de masseur-kinésithérapeute moniteur cadre, sans renier le massage l'occultaient au profit de méthodes de rééducations motrices entrant dans la catégorie de la rééducation active. La seconde remarque est relative à la présence au sein du corps

⁶⁰⁵ Phlébologie: Étude des maladies des veines, de leurs traitements. Source : Le Grand Robert de la langue française, édition numérique, 2014

⁶⁰⁶ Infirmité motrice cérébrale ou Paralysie Cérébrale (Cerebral Palsy en anglais) est un terme qui désigne un groupe de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activité, imputables à des événements ou atteintes non progressives survenus sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson. Les troubles moteurs de la Paralysie Cérébrale sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, par une épilepsie et par des problèmes musculo-squelettiques secondaires". Source : Fédération française des associations d'infirmités motrices cérébrales, <http://www.ffaimc.org/>

⁶⁰⁷ Confédération Mondiale pour la Thérapie Physique (WCPT) : fondée à Copenhague (Danemark) en 1951, regroupait initialement 11 pays membres dont la France. Aujourd'hui, elle est toujours la seule organisation internationale représentant la profession de physiothérapeute. Forte de 101 pays membres, elle est la représentante de plus de 300 000 physiothérapeutes à travers le monde. Ses objectifs sont la promotion de la profession, favoriser la mise en œuvre des standard en matière de recherche, formation et pratiques professionnelles. Elle a également pour but d'améliorer la santé à l'échelle mondiale. Sources : DAVID Jean-Paul, DEMONT Anthony, Guide de la mobilité internationale, 2ème édition, CNOMK, juin 2014

professoral de René Morice. Ce dernier est le Président de la « Société de Kinésithérapie »⁶⁰⁸ depuis 1938. Masseur-kinésithérapeute assimilé en 1946, membre du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie il a été avec le docteur ROCLORE⁶⁰⁹ à l'origine de la proposition de loi visant à réglementer une nouvelle profession de « kinéplasticien » et sera également un farouche partisan de la création du certificat de spécialisation en soins de dermatologie post-diplôme d'Etat. Il n'est donc pas étonnant qu'il ait accepté de prendre une part active en tant qu'enseignant au sein de cette nouvelle et prometteuse structure.

S. D. K.
3, Rue de Stockholm, 3
PARIS 8^e

Paris, le 23 Février 1966

Cher Confrère,

Le Conseil d'Administration de la Société de Kinésithérapie, réuni récemment, a pris connaissance de votre courrier du 3 Décembre et a décidé :

- 1^o) de déléguer son Secrétaire Général, le Docteur Francy Bineau, pour faire partie du jury lors de l'examen du 7 Mai.
- 2^o) d'annoncer dans la Revue de Kinésithérapie la deuxième session de l'école des cadres.

Pour répondre à votre troisième question, M. Morice participera à la gestion de l'école dont il est l'un des professeurs.

Nous vous prions de croire, Cher Confrère, en nos sentiments les meilleurs.

Le Président,
René MORICE

L'examen de sortie donnait la possibilité aux titulaires du certificat de cadre de devenir, soit responsable de stage dans les établissements reconnus comme terrain de stages pour les élèves préparant au diplôme d'Etat de kinésithérapeute soit enseignant de technologie dans ces mêmes écoles ou bien chefs de groupe, chefs de service, directeurs techniques dans les établissements publics ou privés.

L'enseignement, divisé en une session d'enseignement général, dite préliminaire, et une session à option d'enseignement entre les diverses branches des activités thérapeutiques portaient sur une formation théorique et des stages hospitaliers. La session d'enseignement

⁶⁰⁸ La société de kinésithérapie (SDK), fondée en 1936 a très rapidement bénéficié d'une large audience de la part de praticiens en instance de reconnaissance. E, 1937, elle est à l'origine de la publication de la première revue professionnelle : « La revue de Kinésithérapie » qui va permettre la diffusion des connaissances en matière de massage et de gymnastique médicale ainsi que l'agrégation d'un grand nombre de professionnels provenant d'horizons divers (masseurs, gymnastes médicaux, infirmiers-masseurs, diplômés ou non, médecins,) mais ayant tous un point en commun : la pratique du geste qui soigne un corps souffrant. Elle sera à l'origine en 1937 du premier Congrès International de Massage et des Auxiliaires Médicaux qui accueillera des professionnels venus de nombreux pays avec des personnalités du monde scientifique et politique. La SDK va largement contribuer à l'édification des programmes du futur diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. Au début de l'année 2009, prenant en compte l'évolution de la profession et de ses pratiques, la SDK est devenue la Société de Physiothérapie. Source : <http://www.sfphysio.fr/>

⁶⁰⁹ ROCLORE Marcel (1897-1966), médecin, député républicain indépendant de la Côte d'Or de 1945 à 1962. Vice-président de l'Assemblée nationale de 1946 à 1951.

général, dite préliminaire, d'une durée de 12 semaines, comportait un enseignement théorique de 240 heures et des stages hospitaliers principalement axés sur « [...] *les grandes consultations médicales et chirurgicales et sur la présence à des interventions chirurgicales typiques [...]* ». Aucune session à option d'enseignement ne pouvait être entreprise tant que le candidat n'avait pas satisfait à l'examen final de cette session, aucun repêchage n'étant admis. L'admission définitive à l'École se faisait sur à l'issue d'un concours où le candidat devait avoir obtenu une moyenne de 20 points. Cette session était concrétisée par l'obligation pour le candidat de présenter une leçon, trois mois après la fin de cette session, d'une durée de 20 minutes, destinée à des kinésithérapeutes sur une question imposée, choisie dans le programme des matières enseignées aux élèves préparant le diplôme d'Etat. Les sessions à option d'enseignement, chacune d'une durée d'un mois représentant 160 heures de cours, devaient porter sur un enseignement théorique et des conférences de spécialistes⁶¹⁰.

Les stages hospitaliers ayant été préalablement suivis dans les services spécialisés de la région d'origine du candidat. Comme pour la session préliminaire, les candidats devaient, sous la forme d'un mémoire, présenter trois mois après la session à option d'enseignement, un cours complet sur un sujet imposé, choisi dans le programme de l'option. Si ce mémoire n'était pas validé par le jury, le candidat bénéficiait d'une seconde chance. Un deuxième échec était synonyme d'élimination définitive. Pour pouvoir permettre au plus grand nombre de masseurs-kinésithérapeutes, notamment ceux qui exercent à titre libéral, de pouvoir suivre l'enseignement, ce dernier d'une durée réglementaire de huit mois, à raison de quatre matinées de stage et trois après-midi de cours et de travaux dirigés, pouvait être réparti sur une session de trente mois, la première session étant d'une durée de 12 semaines et les deux suivantes de 10 semaines chacune.

Il aura fallu, aux masseurs-kinésithérapeutes, attendre plus de vingt ans pour obtenir une amorce d'autonomie. Mais, il est vrai que les infirmiers et les infirmières auront, aussi, longtemps attendu avant qu'il ne leur soit accordé par les pouvoirs publics la création d'un corps de professionnel d'encadrement.

Comme nous l'avons vu, le corps médical ayant soigneusement verrouillé l'exercice de la masso-kinésithérapie en secteur salarié, ne voit plus d'inconvénient à ce que, dans les services hospitaliers publics ou privés, l'encadrement des masseurs-kinésithérapeutes salariés ainsi que

⁶¹⁰ Maladies ostéo-articulaires (Traumatologie / 60 heures ; Orthopédie /100 heures) ; Rhumatologie (160 heures) ; Neurologie (1ère session 160 heures : Poliomyélites, Affections diverses, 2ème session 160 heures : IMC -Infirmité motrice cérébrale, Paraplégie traumatique) ; Cardio-vasculaire (160 heures)

celui des stagiaires soit assuré par des professionnels à la compétence reconnue et ayant suivi un cycle d'enseignement supplémentaire dans des conditions bien définies. De plus, le masseur-kinésithérapeute moniteur présentera l'avantage d'être l'intermédiaire hiérarchique entre un chef de service aux connaissances étendues mais le plus souvent uniquement théoriques en matière de rééducation et de réadaptation fonctionnelle et des praticiens n'ayant, suivis, certes, que deux années d'études mais possédant un savoir pratique inégalable et irremplaçable acquis sur le terrain au cours de longues heures de pratique confronté à des patients de toutes origines, porteurs de pathologies diverses, d'origines variées (congénitales, accidentelles, dégénératives, etc.), dont le vécu va conditionner leur manière de gérer leur handicap. Comme ce fut le cas avec les infirmiers et les infirmières, permettre à des professionnels subalternes d'acquérir une certaine autorité par reconnaissance d'une compétence et d'une scolarité supplémentaire officiellement validée est une chose mais leur permettre de s'en prévaloir en est une autre. Comme on est jamais assez prudent, la mansuétude des pouvoirs publics n'ira tout de même pas jusqu'à délivrer à ces candidats un diplôme. Il ne leur sera délivré qu'un certificat. Dans le même esprit, même si les études ont lieu au sein d'écoles de cadre, l'appellation officielle est « moniteur ». D'un point de vue sémantique la nuance n'est pas anodine.

Le décret du 25 juillet 1967, le texte est aussi bref que laconique. Trois articles qui précisent que sous l'autorité du ministre des affaires sociales est créé un certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur, délivré aux personnes titulaires du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ayant suivi un enseignement complémentaire dans une école de cadres agréée et subi avec succès les épreuves d'un examen organisé à l'issue de cet enseignement. Comme de coutume, il est expressément prévu que ce certificat pourra être délivré par équivalence après avis du Conseil supérieur de la Kinésithérapie. La condition requise est de justifier de cinq années d'exercice, dont deux années au moins d'enseignement de la kinésithérapie théorique ou pratique. Les titres et travaux, y compris les services rendus dans les établissements hospitaliers seront pris en compte au cas par cas. Cette disposition sera vainement contestée les magistrats du Conseil d'Etat réaffirmant que « *Les dispositions de l'article 3 du décret du 25 juillet 1967 [...] ne créent pas au bénéfice des personnes qui remplissent ces conditions un droit à obtenir ce certificat mais réservent, au contraire, le pouvoir d'appréciation du ministre après avis du Conseil supérieur de la kinésithérapie [...] ce décret autorise le ministre à tenir compte de l'ensemble des éléments permettant de juger*

la valeur professionnelle des candidats[...] »⁶¹¹. Les postulants disposent d'un délai d'un an à compter de la publication du décret pour faire valoir leur droit. Conjointement, un arrêté fixe les conditions d'agrément et de fonctionnement des écoles de cadres de kinésithérapie.

B. Création d'écoles des cadres

Une fois encore, on assiste à la prééminence du corps médical. Pour pouvoir être agréées par le ministre des affaires sociales, les écoles doivent avoir pour directeur un docteur en médecine assisté d'un masseur-kinésithérapeute moniteur préalablement agréé par le ministre. À titre transitoire, pendant une période de deux ans à compter de la publication de l'arrêté, le certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur n'étant pas exigé du masseur-kinésithérapeute adjoint du directeur, l'agrément de ce dernier sera provisoire.

Le contrôle et l'organisation générale des études sont confiés à un conseil des études, présidé par le médecin inspecteur régional de la santé territorialement compétent à qui est confiée la mission d'en désigner les six membres. Parmi ces six membres, une majorité appartient au corps médical. Siègeront un professeur de chaire ou titulaire à titre personnel ou professeur sans chaire désigné après consultation par le doyen de la faculté de médecine dans le ressort de laquelle est située l'école, un membre de la commission administrative ou du conseil d'administration de l'organisme gestionnaire ainsi que deux représentants des professeurs de l'école et in fine deux masseurs-kinésithérapeutes moniteurs en exercice choisis parmi les moniteurs de terrains de stage. Le directeur et le masseur-kinésithérapeute adjoint au directeur assistent de droit aux réunions du conseil des études mais seulement avec voix consultatives.

Les études, qui comportent un enseignement théorique et pratique, sont d'une durée de trente-deux semaines minimum peuvent être réparties en plusieurs sessions sur une période ne pouvant excéder trente mois. Cette disposition a pour but de permettre aux professionnels, qu'ils soient salariés ou libéraux de pouvoir accomplir ces études sans mettre en péril leur activité professionnelle. Au cours de ces études, l'élève doit rédiger un mémoire ou un travail personnel.

Peuvent être admis au sein de ces écoles, les personnes titulaires du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, justifiant de trois années d'exercice professionnel, dont un an au moins dans un établissement d'hospitalisation public ou privé. Les candidats de nationalité

⁶¹¹ CE 18 juillet 1973, n° 86463, arrêt confirmatif de TA Paris du 10 mars 1972, mentionné aux tables du recueil Lebon. En l'espèce, Un candidat désireux d'obtenir le certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur s'était vu opposé un refus au motif que « [...] le requérant ayant exercé la médecine illégalement et de façon réitérée n'offrait pas les garanties professionnelles nécessaires pour enseigner la profession de masseur-kinésithérapeute. »

étrangère titulaire d'un certificat attestant de la réussite au diplôme d'Etat français de masseur-kinésithérapeute ou d'un titre étranger de kinésithérapie sont également admissibles dans les mêmes conditions. Le texte prévoit que l'exclusion de l'élève peut être prononcée en cas d'inaptitude aux fonctions de moniteur ou d'insuffisance technique⁶¹².

À l'issue du cycle d'étude, les candidats ayant accompli l'intégralité de la scolarité sont autorisés, sur proposition du conseil des études, à se présenter à l'examen final, organisé par le service compétent de la DRASS du centre d'examen, dont la date sera fixée et le sujet de l'épreuve écrite choisi par le ministre des affaires sociales. L'examen comporte quatre épreuves. La première épreuve est une épreuve écrite anonyme, d'une durée de trois heures, notée sur 40 points, portant sur les problèmes intéressant la formation des masseurs-kinésithérapeutes suivie par une épreuve pratique comportant un exposé avec démonstration pratique, portant sur les techniques de kinésithérapie d'une durée de quarante-cinq minutes et notée sur 20 points. Ensuite se succèdent deux épreuves orales sous la forme d'un exposé de quinze minutes, précédé d'une préparation de trente minutes, portant sur un problème technique de kinésithérapie à partir du cas concret d'un malade et d'une conversation d'une durée de cinq à quinze minutes permettant d'apprécier les connaissances générales et techniques acquises au cours de la scolarité par le candidat. Chaque épreuve est notée sur 10 points. La note zéro est éliminatoire. En cas d'échec, le candidat est autorisé à se représenter une seconde fois à l'examen sans être astreint à une nouvelle scolarité mais dans la limite de l'une des deux sessions suivantes. Les élèves de nationalité étrangère ayant passé avec succès les épreuves de cet examen recevront le certificat revêtu de la mention « *A titre étranger* ».

En 1970⁶¹³, certaines de ces dispositions vont subir de substantielles modifications. La notion de préparation d'un mémoire ou d'un travail personnel prévue à l'article 6 du décret précité disparaît. L'examen final devient national. Il ne sera accessible qu'aux candidats ayant accompli l'intégralité de la formation. La date des épreuves est fixée et les sujets des épreuves écrites choisis par le ministre de la santé publique et de la Sécurité sociale. Bien entendu, le jury devient national. Il sera présidé par le directeur de la santé publique (ou son représentant) et composé de deux docteurs en médecine au moins membres du personnel enseignant et hospitalier d'un CHU (participant à l'enseignement, l'un dans une école de cadres de

⁶¹² Ainsi, à l'école des cadres de l'Institut National de la Kinésithérapie à Paris, à l'issue du premier trimestre était organisé un contrôle des connaissances regroupant diverses épreuves écrites dans les grands domaines de la rééducation (traumatologie, rhumatologie, neurologie, cardio-respiratoire, orthopédie). Les étudiants ayant obtenus une note inférieure à la moyenne était exclue de la formation.

⁶¹³ Arrêté du 24 février 1970 Ecoles de cadres de kinésithérapie, JORF du 5 mars 1970, p. 2236

kinésithérapie, l'autre dans une école préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute) et de deux masseurs-kinésithérapeutes au moins titulaires du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur, participant à l'enseignement, l'un dans une école de cadres de kinésithérapie, l'autre dans une école préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

L'épreuve écrite portant sur les problèmes intéressant la formation des masseurs-kinésithérapeutes initialement instituée est remplacée par « [...] une question précise exigeant une réponse courte portant sur le programme de technologie de base [...] » et par une seconde épreuve écrite consistant en « [...] un exposé à propos d'un cas concret donné portant sur un traitement de rééducation [comportant] un rappel des notions de base d'anatomie, de physiologie et de pathologie ainsi que la description des techniques utilisées, leurs contre-indications et leurs incidences psychologiques [...] ». Il est à remarquer que cette deuxième épreuve est une épreuve dite de synthèse qui est un parfait « copier-coller » de l'épreuve écrite du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. L'épreuve orale est simplifiée ne comportant plus qu'un exposé, portant sur un sujet tiré au sort par le candidat, devant permettre au jury d'apprécier ses qualités pédagogiques. L'épreuve pratique se déroule devant l'ensemble du jury⁶¹⁴. Elle comporte un exposé suivi d'une discussion sous forme d'une leçon de trente minutes devant porter sur un sujet figurant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. Le sujet de l'exposé est choisi par le jury parmi huit sujets proposés par le candidat avec l'approbation de la direction de l'école. Enfin, une note sur 10 points, représentant 10 % de la notation finale est attribuée par le jury au regard du livret de scolarité et des appréciations de l'école. Toute note zéro à l'une des épreuves est éliminatoire.

En 1968, trois écoles de cadres de kinésithérapie vont être officiellement créées. La première (qui comme nous venons de le voir existe depuis 1965) à Paris au sein de l'Institut National de la Kinésithérapie, qui est une émanation de la FFMKR rue des petits hôtels dans le 10^e arrondissement. Deux écoles seront situées en province. Une en Languedoc-Roussillon à Montpellier, une autre en Picardie à Lamorlaye, sous l'égide de la Croix rouge, à quelques dizaines de kilomètres de Paris, dans le département de l'Oise à proximité immédiate de Chantilly.

⁶¹⁴ L'arrêté du 07 avril 1971, Ecoles des cadres de kinésithérapie, JORF du 11 avril 1971, p. 3525 modifiera cette disposition en précisant qu'un grand nombre de candidats pourra justifier que l'épreuve pratique se déroulera en présence d'une partie du jury. La décision e revenant au président dudit jury.

Si l'école des cadres de Bois Larris est située à Lamorlaye cela est dû à la réglementation. Le 3^e alinéa de l'article 3 de l'arrêté portant création des écoles de cadres de kinésithérapie disposant que « *[le conseil des études] ...comprend un professeur titulaire [...] désigné après consultation du doyen de la faculté de médecine dans le ressort de laquelle est située l'école* » de facto, il ne pouvait donc pas y avoir deux écoles de cadres dans la même Académie de médecine.

L'ECK⁶¹⁵ de l'Institut National de la Kinésithérapie ayant été la première à occuper la place, c'est ce qui explique la « délocalisation » de l'école des cadres en kinésithérapie de Bois Larris à Lamorlaye dans le département de l'Oise en région Picardie dans le ressort de la faculté de médecine d'Amiens. De plus, à l'époque se trouvaient à la tête de ces deux établissements deux très fortes personnalités qui impulseront à chacune d'entre elle une dynamique différente. L'école des cadres parisienne va privilégier l'enseignement, la transmission des savoirs professionnels, sa concurrente la recherche en kinésithérapie.

Le 9 juin 1967 est inauguré à Lamorlaye l'Institut international de formation des cadres kinésithérapeutes par Monsieur PONCET André, président de la Croix-Rouge française, et la Baronne Jacqueline MALLET, infirmière engagée au sein de la résistance et de la Croix-Rouge française dont elle fut vice-présidente⁶¹⁶. Un an plus tard, l'école des cadres de kinésithérapie obtient l'agrément ministériel sous la direction du docteur Michel Baron. Éric VIEL⁶¹⁷ est nommé adjoint au directeur qui décide à en devenir le directeur, lorsque le

⁶¹⁵ ECK : Ecole des Cadres en kinésithérapie

⁶¹⁶ GEDDA Michel, Une deuxième vie pour le fond documentaire de « Bois Larris », Kinésithérapie – La revue, 2012, 12 (126)

⁶¹⁷ VIEL Éric (1931-2008), appartenant à une famille de kinésithérapeute, il entreprend des études de kinésithérapie à l'école d'Assas à Paris. Après avoir obtenu son diplôme d'Etat, ayant obtenu une bourse d'étude, il part aux Etats Unis en 1957. Il y restera plus de 10 ans. Il en ramènera des techniques manuelles de Kabat et de rééducation par la proprioception. Directeur adjoint de l'école des cadres de kinésithérapie de Bois Larris en 1968, il passe un Doctorat en Sciences de la communication pour pouvoir en devenir le directeur. Il va faire de cette école un centre de recherche en masso-kinésithérapie en étant l'instigateur du laboratoire de Biomécanique installé dans les locaux. Il sera à l'origine de la création d'une banque de données informatique « BLDOC » ou vont être indexées environ 6000 documents issus des plus grandes revues internationales. Pour permettre la divulgation des travaux réalisés par les élèves de l'école des cadres, en 1974, il crée la revue « les Annales de kinésithérapie » dont il devient le rédacteur en chef, puis au Japon, pour diriger l'école de kinésithérapie de Tokyo et ouvrir d'autres écoles. Il en ramènera des travaux sur les rotations de l'épaule, en collaboration avec IDEO OGISHINA. Au sein des éditions MASSON, il dirige les monographies de Bois Larris, puis la collection Bois Larris dont l'orientation est la recherche abordant toutes les disciplines concernées par la rééducation et le massage. Après avoir pris sa retraite en 1996, il va être un des fondateurs de l'AFREK (Association française de recherche en Kinésithérapie) dont il sera le premier secrétaire général. Sources : <http://www.musee-kine.fr/index.php/les-hommes-qui-ont-fait-la-kinesitherapie/>

docteur Baron partira en retraite, passe un Doctorat en Sciences de la communication, ce qui sera chose faite en 1969.

L'école des cadres de l'INK ⁶¹⁸ avait à l'époque pour directeur adjoint Monsieur Denis Porte, homme d'une grande culture générale qui est toujours resté très discret sur son parcours professionnel. Tout au plus se prévalait-il, à juste titre d'ailleurs, d'avoir été externe des hôpitaux. Quelles circonstances l'ont-elles orienté vers la profession de masseur-kinésithérapeute ? Nul ne le sait. Toujours est-il que son credo était la pédagogie et l'enseignement des techniques masso-kinésithérapiques par des masseurs-kinésithérapeutes et non pas par des médecins. Indépendamment de la personnalité des deux directeurs, ce qui différenciait ces deux écoles était la philosophie de l'enseignement dispensé. L'INK avait pour vocation de former des enseignants. La pédagogie y était privilégiée. On parlerait aujourd'hui de transmission de savoirs. L'ECK formait des enseignants-chercheurs qui ont largement contribué à l'essor de la prise de conscience chez les masseurs-kinésithérapeutes qu'il était tout à fait possible de faire progresser la connaissance en matière de rééducation autrement qu'en dissertant sur des effets de techniques empiriquement présentées comme efficaces par des praticiens autoproclamant des compétences non validées. Chaque étudiant devait rédiger un mémoire et le présenter oralement devant un jury composé essentiellement de médecins. Si les meilleurs mémoires des étudiants de l'INK étaient publiés par la revue professionnelle de la maison mère « Kinésithérapie Scientifique », l'essentiel des articles de la SDK « les Annales de la Kinésithérapie » étaient composés par les mémoires des futurs cadres kinésithérapeutes issus de l'école des cadres de Bois-Larris.

Moins de dix ans plus tard⁶¹⁹ un décret abrogera dans toutes ses dispositions le décret n° 67-652 du 29 juillet 1967. Il reprendra une grande partie des dispositions de l'arrêté du 24 février 1970 mais surtout en substituant le certificat de moniteur cadre en masso-kinésithérapie à feu celui de masseur-kinésithérapeute moniteur⁶²⁰, il officialise la fonction de cadre que bon nombre de masseurs-kinésithérapeutes moniteurs assuraient au sein des services de rééducation hospitaliers ou des centres de rééducation fonctionnelle.

⁶¹⁸ INK : Institut National de la Kinésithérapie

⁶¹⁹ Décret n° 76-862 du 06 septembre 1976 portant création du certificat de moniteur-cadre de masso-kinésithérapie, JORF du 12 septembre 1976, p. 5494

⁶²⁰ En 1967, les écoles de cadres de kinésithérapie préparaient un certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur. Désormais, il s'agit d'un certificat de moniteur-cadre en masso-kinésithérapie (article 1er).

C. Le certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur cadre

Hormis le fait que la nouvelle dénomination « moniteur cadre en masso-kinésithérapie » est substituée à « masseur-kinésithérapeute moniteur », le décret n° 76-862 du 6 septembre 1976 est tout aussi laconique que son prédécesseur. C'est dans les dispositions de l'arrêté d'application du même jour que des différences substantielles vont apparaître⁶²¹ notamment en matière de gouvernance des écoles de cadres et d'organisation des études.

Alors que précédemment la direction des écoles de cadres en kinésithérapie était assurée par un docteur en médecine assisté d'un masseur-kinésithérapeute DE titulaire du certificat de moniteur dorénavant elles le seront soit par un docteur en médecine soit par un masseur-kinésithérapeute DE titulaire du certificat de moniteur--cadre de masso-kinésithérapie assisté d'un directeur adjoint justifiant des mêmes diplômes (article 2). Chaque école de cadres en kinésithérapie est toujours dotée d'un conseil des études qui comme par le passé est présidé par le médecin inspecteur régional de la santé qui en désigne les membres. Ce conseil est chargé du contrôle et de l'organisation générale des études. Il doit également proposer les terrains de stages à l'agrément du ministre des affaires sociales.

La désignation du corps enseignant ne pouvant intervenir que sur son avis conforme (article 3). Initialement ce conseil était composé de six membres avec voix délibératives⁶²² auxquels venaient s'ajouter deux membres avec voix consultatives⁶²³. La réforme de 1976, va modifier et préciser sa composition. Désormais, sept membres vont siéger avec voix délibératives. Le corps médical sera représenté par deux professeurs titulaires de chaire ou titulaires à titre personnel ou professeurs sans chaire (désigné après consultation non plus du doyen de la faculté de médecine mais du directeur de l'U.E.R de médecine dans le ressort de laquelle est située l'école) et deux docteurs en médecine. Le corps des masseurs-kinésithérapeutes sera représenté par un masseur-kinésithérapeute titulaire du certificat de moniteur cadre de masso-kinésithérapie, représentant les professeurs de l'école et un masseur-kinésithérapeute titulaire du certificat de moniteur cadre de masso-kinésithérapie choisi parmi les masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans un service agréé comme terrain de stage et enfin un membre

⁶²¹ Arrêté du 06 septembre 1976 2cole des cadres de kinésithérapie, JORF du 12 septembre 1976, p. 5495

⁶²² Un professeur titulaire de chaire ou titulaire à titre personnel ou professeur sans chaire désigné après consultation du doyen de la faculté de médecine dans le ressort de laquelle est située l'école, un membre de la commission administrative ou du conseil d'administration de l'organisme gestionnaire, deux représentants des professeurs de l'école, deux masseurs-kinésithérapeutes moniteurs en exercice choisis parmi les moniteurs de terrains de stage.

⁶²³ Le directeur et le masseur-kinésithérapeute adjoint au directeur

de la commission administrative ou du conseil d'administration de l'organisme gestionnaire. Le directeur et son adjoint assistent de droit avec voix consultatives aux délibérations du conseil. Tant en 1967 qu'en 1976, la représentation du corps médical sera majoritaire au sein de ce conseil des études. La seule différence tient au fait qu'en 1967 le texte l'induisait implicitement alors qu'en 1976, c'est de manière fort explicite qu'elle est prévue. Il entre dans les attributions du conseil des études de prononcer l'exclusion d'un élève « [...] *en cas d'inaptitude aux fonctions de moniteur ou d'insuffisance technique [...]* ». À l'origine cette exclusion était définitive. L'arrêté du 23 août 1976 dispose « [...] *qu'en cas d'exclusion d'un élève en cours d'année, celui-ci n'est autorisé à refaire une scolarité qu'à partir de la rentrée scolaire suivante* » et que celle-ci ne pourra être prononcée qu'à la condition qu'un représentant élu des élèves assiste aux débats avec voix consultative. Les conditions d'admission restent inchangées (article 4).

Les études qui comportaient un enseignement théorique et une formation pratique d'une durée d'« [...] *au moins trente-deux semaines réparties sur une durée de trente mois maximum [...]* » est portée à trente-quatre semaines « [...] *réparties éventuellement en plusieurs sessions [...]* sur une période ne pouvant excéder trente mois. La principale nouveauté consiste en l'obligation pour les élèves de subir un examen, portant sur le programme de la période probatoire, organisé dans chaque école « [...] *dans les trois mois qui suivent les débuts de l'enseignement [...]* destiné à juger de la valeur technique et des connaissances de base de l'élève. » Signe des temps, des contrôles partiels portant sur les cinq matières fondamentales enseignées⁶²⁴ ainsi que sur une matière à option choisie par le candidat. Chaque examen sera noté sur vingt et le résultat porté sur le livret scolaire du candidat. Comme par le passé un examen final est organisé. En ce qui concerne l'épreuve écrite, le principal changement tient au fait qu'à l'épreuve anonyme de trois heures se substitue le résultat des examens partiels. Les épreuves orales sont également modifiées. En 1967, le texte disposait que chaque candidat devait « [...] *préparer soit un travail personnel soit un mémoire* ». Désormais, la question de technologie de base consiste en « [...] *une question tirée au sort parmi une liste établie par les membres du jury [...]*, un exposé oral consistant en une leçon sur un sujet tiré au sort par le jury à partir d'une liste de dix sujets (deux sujets pour chacun des grands thèmes figurant au programme et une interrogation orale de gestions, législation et administration. In fine, alors qu'en 1967, le jury de cet examen final était national, et commun

⁶²⁴ Rééducation des affections neurologiques et musculaires, traumatologie et orthopédie, rhumatologie, rééducation et pathologie cardio-respiratoire, formation pédagogique, juridique et administrative

aux différentes écoles, désigné par le ministre des affaires sociales sur proposition du directeur de la santé publique (article 8), en 1976 le jury est « régionalisé ». Chaque école aura son propre jury, présidé par le médecin inspecteur régional de la santé, composé comme par le passé par deux docteurs en médecine, membres du personnel enseignant ou hospitalier d'un CHU, participant à l'enseignement dans l'une des écoles de cadres de kinésithérapie et deux masseurs-kinésithérapeutes titulaires du certificat de moniteur cadre de masso-kinésithérapie participant à l'enseignement dans l'une des écoles de cadres de kinésithérapie auxquels vont venir s'ajouter deux directeurs ou assistants de directions d'un centre hospitalier, ou médecins, ou masseurs-kinésithérapeutes titulaires du certificat de moniteur cadre de masso-kinésithérapie chargés de responsabilité dans l'administration d'un service de rééducation. Pour garantir l'équité des résultats, le texte ordonne qu'au moins la moitié de chacune des trois catégories de membres du jury soit composée de personnes enseignant dans une école de cadres d'une autre région, chacune de ces écoles étant représentée par au moins un membre de son corps enseignant.

Une fois diplômés, les masseurs-kinésithérapeutes moniteurs-cadres vont s'investir massivement dans l'enseignement. Si une minorité s'y consacre à temps plein, l'immense majorité va poursuivre en parallèle un exercice professionnel salarié ou libéral qui lui permettra d'offrir aux étudiants une transmission de savoirs théoriques et pratiques régulièrement actualisés d'une très grande qualité dans la mesure où au sein des écoles de cadres l'accent était mis sur la recherche et la pédagogie.

Au cours des années suivantes la réglementation de la profession va être rythmée par la parution de différents textes réglementaires qui n'apporteront pas de profonds bouleversements mais qui vont se multiplier de manière exponentielle.

CHAPITRE III - LES ANNEES 1980 : UNE REGLEMENTATION RYTHMEE PAR UNE INFLATION TEXTUELLE

Paragraphe 1 Une inflation textuelle accompagnée d'une mainmise administrative

1. L'inflation textuelle

À partir des années 1980, à l'image de l'inflation législative et réglementaire, tant décriée depuis les temps le plus anciens⁶²⁵ et soulignée par la plus haute juridiction administrative⁶²⁶ comme l'indique le graphique infra édité par l'Assemblée Nationale les normes législatives et surtout réglementaires, relatives à la réglementation de la masso-kinésithérapie, se sont multipliées⁶²⁷ cadencant les épisodes évolutifs de la masso-kinésithérapie.



Aux décrets succèdent des décrets, aux arrêtés des arrêtés. Ces textes sont à peine publiés que quelques mois plus tard, ils sont modifiés, voir abrogés par un nouveau texte. De même, pouvons-nous remarquer que l'évolution des règles relatives aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, aux études préparatoires ainsi qu'au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute restera

⁶²⁵ MONTAIGNE "Nous avons en France plus de lois que tout le reste du monde ... Les lois les plus désirables ce sont les plus rares" ou encore MONTESQUIEU "Les lois inutiles affaiblissent les lois essentielles", CHIRAC Jacques « Trop de lois tue la loi » (1995). Plus près de nous LAMBERT Alain & BOULARD Jean-Claude, rapport de la mission de lutte contre l'inflation normative, 26 mars 2013

⁶²⁶ Conseil d'Etat, Rapport public 2006 - Sécurité juridique et complexité du droit, Etudes et documents, mars 2006, p.229-233

⁶²⁷ Entre 1946 et 1969 on dénombre 2 lois relatives à la masso-kinésithérapie, 8 décrets et 19 arrêtés ministériels se rapportant conditions d'études et de diplôme d'Etat. Sur une même période (1970 - 1993) on dénombre 12 décrets (+ 50%) et 37 arrêtés ministériels (+ 94,7%) et sur les vingt et une dernières années (1974-2014), nonobstant les grandes lois relatives à la santé dont certaines vont influencer grandement sur la profession de masseur-kinésithérapeute (Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article 108 : création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes), ce ne sont pas moins de 30 décrets (+ 50% par rapport à la période précédente et 91 arrêtés ministériels + 145,9% idem) qui seront promulgués.

exclusivement consacrée à cette profession jusqu'en 1983 et que dans la continuité des textes précédents, les modifications apportées par ces très nombreux textes réglementaires ne portent, le plus souvent, que sur des points de détails ne présentant pas un grand intérêt et qui n'auront aucune incidence réelle sur l'évolution de la profession.

Pour l'exemple nous pouvons citer l'arrêté du 3 décembre 1985⁶²⁸, lui-même modifié quelques mois plus tard⁶²⁹ qui va abroger les dispositions relatives à la bonification de 12 points offertes à certains candidats ainsi que celle dont pouvaient bénéficier ceux ayant effectué une remise à niveau et qui modifie les conditions d'établissement de la liste de classement des candidats servant à pourvoir chaque école. Ou encore l'arrêté du 21 décembre 1984⁶³⁰ abrogeant modifiant celui du 13 juin 1983 fixant les conditions d'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, d'infirmier, de laborantin, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure.

2. La mainmise administrative

Comme dans d'autres domaines, l'environnement réglementaire de la masso-kinésithérapie n'échappera pas à la tentaculaire mainmise administrative. Pour s'en convaincre, il suffit de se reporter aux conditions d'agrément des écoles de masso-kinésithérapie qui vont être redéfinies en 1982⁶³¹. Signe des temps, l'administration se montre de plus en plus inquisitoire. Le nouveau texte après avoir défini très précisément les normes relatives aux locaux, à l'encadrement, aux terrains de stage ainsi qu'à l'agrément de ces derniers (qui est subordonné à la présence d'un masseur-kinésithérapeute moniteur) va exiger des écoles la production de très nombreux documents (statuts, liste des membres du conseil d'administration, liste nominative des enseignants médecins et masseurs-kinésithérapeutes moniteurs cadres, noms du directeur de l'école – s'il s'agit d'un médecin – du masseur-kinésithérapeute moniteur cadre qui assume la fonction de directeur technique ainsi que leurs titres, ancienneté dans l'enseignement de la kinésithérapie, états de service, justification des diplômes et

⁶²⁸ Arrêté du 3 décembre 1985 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, d'infirmier, de laborantin, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, JORF du 27 décembre 1985, p. 15174

⁶²⁹ Arrêté du 28 octobre 1986 modifiant l'Arrêté du 3 décembre 1985 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, d'infirmier, de laborantin, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, JORF du 9 novembre 1986, p. 13482

⁶³⁰ Arrêté du 21 décembre 1984 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, d'infirmier, de laborantin, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, JORF du 29 janvier 1985 page 1209

⁶³¹ Arrêté du 17 mai 1982 relatif aux conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 5 juin 1982, numéro complémentaire, page 5301

éventuellement la liste de leurs travaux personnels). Sont dispensés de cette procédure d'agrément les agents relevant du livre IX du code de la santé publique⁶³². Doivent également être fournis à l'administration de tutelle les plans détaillés des locaux, la répartition des salles d'enseignement, leur affectation, le bail locatif ou les titres de propriété et enfin le nombre d'élèves accueillis. S'étant engagées à respecter les conditions de fonctionnement définies par arrêté du ministre de la santé et à fournir les statuts les régissant, la liste des membres de leur conseil d'administration, celle nominative des enseignants médecins et masseurs-kinésithérapeutes moniteurs cadres, ainsi que celle des terrains de stages agréés accompagnée de l'accord des organismes dont ils relèvent, le règlement de l'école, les modalités de règlement des frais de scolarité, étant précisé qu'en matière de frais de scolarité aucune somme n'est due à ce titre dans les écoles publiques hormis les droits d'inscription fixés par le ministère de la santé et in fine le projet de budget de l'école. Ce volumineux dossier devra être adressé au préfet du département dans lequel siège l'école, qui le transmettra au ministre de la santé en y joignant un rapport d'ensemble sur l'intérêt présenté par la demande. L'agrément des écoles étant donné pour un nombre donné d'élèves, tous les ans avant le 15 novembre, les écoles devront adresser au médecin inspecteur départemental de la santé et au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales un dossier « actualisé en temps réel » reprenant les différents documents exigés pour la demande d'agrément. Pour vérifier la véracité des informations fournies, le directeur de la DRASS pourra procéder ou faire procéder à des visites dans l'école et rencontrer ou faire rencontrer le directeur, les enseignants et les élèves. In fine, ce texte abroge l'arrête du 20 mai 1968 relatif à l'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, ainsi que le second alinéa de l'article 1^{er}, les deuxième et quatrième alinéas de l'article 5, les deuxième et troisième alinéas de l'article 6, ainsi que l'article 9 de l'arrêté du 20 mai 1968 relatif au fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. Certes, la qualité de la formation dispensée est proportionnelle à celle des structures d'enseignement mais en la matière le temps consacré à la collecte de toutes ces données, à leur compilation et à la rédaction des très nombreux documents réclamés est autant de temps en moins consacré au projet pédagogique qui est quand même l'essence même des études et des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

⁶³² Dans l'ancien code de la santé publique, le livre IX (articles L818 et suivants) traitait du statut général du personnel des établissements d'hospitalisation publics et de certains établissements à caractère social.

Les conditions d'admission aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, le régime des études, les règles relatives à l'examen du diplôme d'Etat vont elles aussi subir moult modifications dues pour certaines à une volonté politique et pour d'autres à l'harmonisation de la réglementation des professions paramédicales. L'arrivée d'un Gouvernement de Gauche en 1981 va être à l'origine d'une politique visant à favoriser la promotion sociale en facilitant l'accès à des formations professionnelles qualifiantes.

Paragraphe 2. Favoriser la promotion sociale en facilitant l'accès à des formations professionnelles qualifiantes

Différentes mesures vont être prises visant à favoriser la promotion sociale en facilitant l'accès à la profession de masseur-kinésithérapeute. Ainsi, pour les candidats et les candidates ayant obtenu un classement leur permettant d'être admis en première année, été classés des mesures dérogatoires sont prévues, permettant un report de deux ans de l'inscription en première années en cas d'appel au service national, de grossesse et sur dérogation accordée par le directeur de la DRASS en cas d'accident ou de maladie grave. Autre innovation, pour éviter aux futurs bacheliers souhaitant entreprendre des études de masso-kinésithérapie de perdre une année scolaire, l'article 10 dispose que les élèves de classe terminale pourront se présenter aux épreuves de classement, leur éventuelle inscription sur une liste de classement n'étant acquise que sur justification, avant le 14 juillet de l'année en cours, de leur réussite au baccalauréat⁶³³. Comme par le passé des mesures spécifiques sont prévues pour que les candidats handicapés visuels, simplement pouvons-nous remarquer que les termes « aveugle » ou « déficient visuel » ne sont plus utilisés, ces deux mots étant considérés comme dévalorisants et discriminatoires. La nouveauté tient au fait que désormais les candidats disposent durant toute leur scolarité, depuis les épreuves de l'examen d'admission jusqu'à celles du diplôme d'Etat « *d'un tiers-temps supplémentaire* »⁶³⁴.

Dans les limites d'un quota, ne pouvant pas dépasser 5 % du nombre total des élèves admis au sein d'une école de masso-kinésithérapie, fixé par le ministre de tutelle, un certain nombre de

⁶³³ Arrêté du 25 janvier 1980 modifiant l'arrêté du 27 novembre 1979 relatif aux études préparatoires du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute et à l'admission dans les écoles de masso-kinésithérapie, JORF du 13 février 1980, numéro complémentaire, p. 1672

⁶³⁴ Pour toutes les épreuves (examen de niveau, concours d'admission, diplôme d'Etat, ils disposent d'un tiers temps supplémentaire. Les aveugles ou déficients visuels, comme par le passé peuvent composer à leur choix soit au poinçon selon le système Braille, soit à la machine à écrire, soit rédiger en Braille et transcrire ensuite à la machine à écrire. en cas de connaissance ou de pratique insuffisante du système Braille, ils peuvent être autorisés à composer en dictant à une personne, ayant pris l'engagement de ne pas aider le candidat, désignée à cet effet par le président du jury.

candidats vont être dispensés des épreuves du concours d'entrée (candidats remplissant les conditions pour être admis en deuxième année, français domiciliés depuis plus de six mois dans les départements et territoire d'outre-mer, ressortissants étrangers admis au titre de la coopération qui bénéficient d'une bourse d'études, athlètes de haut niveau).

1. Les mesures en faveur des athlètes de haut niveau

Les athlètes de haut niveau vont bénéficier des mesures spécifiques d'admission dans les écoles de masso-kinésithérapie mises en place pour favoriser leur insertion dès 1981⁶³⁵. À la condition de bénéficier d'une aide du fonds national pour le développement du sport, c'est-à-dire d'être référencé sur la liste des athlètes de Haut niveau du Comité national olympique et sportif français, une commission nationale, dont les décisions sont sans appel, composée de représentants des ministères de la santé, de la jeunesse et des sports, du directeur des sports et de représentants des écoles de masso-kinésithérapie, pourra dispenser ces candidats des épreuves de classement pour l'admission dans les écoles de masso-kinésithérapie. Ceux-ci pourront être regroupés dans une même école désignée par le directeur général de la santé et des hôpitaux, mais sans que leur nombre ne dépasse 10 % des élèves nouvellement admis en première année de l'école considérée. Naturellement, par sa proximité immédiate avec l'Institut National des Sports et de l'Éducation Physique (INSEP), le Centre pédagogique de masso-kinésithérapie de Saint Maurice (CPMK) devenu par la suite l'École Nationale de Kinésithérapie et de Rééducation (ENKRE), sera la première école choisie pour accueillir ces athlètes de haut niveau. Un arrêté en date du 25 avril 1991⁶³⁶ viendra préciser les facilités dont pourront bénéficier les athlètes de haut niveau en matière de cursus scolaire.

Le texte confie au directeur de l'école, après consultation du conseil technique, les conditions selon lesquelles les athlètes de haut niveau, poursuivant leur activité sportive, pourront bénéficier d'un aménagement de la durée de leurs études. En 2007, les athlètes de haut niveau dispensés des épreuves du concours d'admission en 1^{re} année seront exclus du quota fixé annuellement par le ministre chargé de la santé⁶³⁷.

⁶³⁵ Arrêté du 31 mars 1981 relatif à l'admission des athlètes de haut niveau dans les écoles de masso-kinésithérapie, JORF du 1^{er} avril 1981, numéro complémentaire, page 3370

⁶³⁶ Arrêté du 25 avril 1991 modifiant l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 15 mai 1991, p. 6434

⁶³⁷ Arrêté du 13 janvier 2007 modifiant l'arrêté du 31 janvier 1991 relatif aux dispenses accordées à certains candidats en vue de la préparation au diplôme de masseur-kinésithérapeute, JORF du 30 janvier 2007, p. 1845

2. Des mesures à caractère social

D'autres catégories de personnes vont bénéficier de différentes mesures leur permettant de bénéficier de bonifications visant à leur faciliter l'accès à une formation diplômante⁶³⁸. Sont concernés les candidats et les candidates qui élèvent seuls un enfant âgé de moins de quatre ans au 1er janvier de l'année du concours, celles et ceux qui justifient d'une activité professionnelle salariée ou indépendante depuis au moins trois ans (une inscription sur les listes de l'Agence nationale pour l'emploi à concurrence de six mois) peuvent bénéficier d'une bonification de 12 points. De surcroît, lorsque ces candidats ont bénéficié d'une mise à niveau préparatoire dispensée soit par un organisme rattaché à un syndicat interhospitalier régional ou à un établissement d'hospitalisation public ou privé participant au service public, soit dans le cadre d'un établissement d'enseignement public, une bonification égale à la moyenne des notes sur 20 obtenues aux contrôles organisés pendant cette mise à niveau peut leur être accordée. Cependant, cette bonification ne pourra pas s'ajouter à la précédente, elle sera automatiquement substituée si elle est plus favorable.

Toujours dans l'optique de favoriser l'accès à une formation diplômante, les conditions d'admission vont être adoucies. La note zéro est toujours éliminatoire mais, le texte énonce qu'à l'issue du concours d'admission « [...] au vu des notes attribuées par le jury [...] », le commissaire de la République de la région (Préfet de région), après avis du médecin inspecteur régional de la santé, établira la liste de classement des candidats pour chaque formation et déterminera « [...] le nombre de points au-dessous duquel les candidats ne peuvent être classés, si ce total correspond à une moyenne inférieure à 10 sur 20 [...] ». À défaut, une moyenne de 10 sur vingt est automatiquement exigée, ce qui semble être un minimum ! Dans chaque région, une liste complémentaire est établie qui pourra servir, à titre exceptionnel, au commissaire de la République d'une région où certaines places n'auraient pas été pourvues. Enfin, dans la limite de 30 % des places mises au recrutement dans chaque école seront admis en priorité les candidats qui élèvent seuls un enfant âgé de moins de quatre ans au 1er janvier de l'année du concours, ceux qui justifient d'une activité professionnelle salariée ou indépendante depuis au moins trois ans (une inscription sur les listes de l'Agence nationale pour l'emploi à concurrence d'une durée de six mois prise en compte dans le calcul de cette période). À la différence des écoles préparant au diplôme d'Etat d'infirmier, à notre

⁶³⁸ Arrêté du 13 juin 1983 fixant les conditions d'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, d'infirmier, de laborantin, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, JORF du 10 juillet 1983, numéro complémentaire page 6397

connaissance, les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ne furent que peu ou pas sollicitées pour que cette mesure soit appliquée.

D'autres mesures visant à faciliter l'accès aux études de masso-kinésithérapie furent mises en place.

En l'espèce on peut citer celle consistant à uniformiser le montant des droits annuels d'inscription dans les écoles publiques hospitalières préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue avec montant que les droits annuels de scolarité dans les universités et exonérant les élèves boursiers de ces droits d'inscription⁶³⁹.

3. Une prolifération textuelle infructueuse mal vécue par la profession

La prolifération de ces textes réglementaires aura pour effet d'irriter les masseurs-kinésithérapeutes et d'exacerber le malaise de la profession dans la mesure où ils ne se traduisaient par aucune évolution tant en matière de reconnaissance officielle du rôle joué par les masseurs-kinésithérapeutes en matière de santé publique et de soins de proximité que d'élargissement du domaine de compétence ou encore d'émancipation de la profession par rapport à la tutelle médicale. Pour expliquer ce ressentiment exprimé par les masseurs-kinésithérapeutes nous avons choisi de mettre en parallèle deux textes quasi concomitants qui, à nos yeux, traduisent bien cette situation. En 1985, va être publié, à la grande satisfaction de la profession, le décret du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute qualifié de manière générique par la profession de « décret de compétences ». Quelques mois plus tard, la ministre de la Santé va confier à deux éminents spécialistes de la rééducation fonctionnelle la rédaction d'un « Rapport général sur la profession de masseur-kinésithérapeute rééducateur » devant permettre de dresser un état des lieux et de faire des propositions permettant de faire évoluer la situation. Lors de la publication de ce document, ses conclusions seront à l'origine d'un fort mouvement de colère et de déception de la part des professionnels.

⁶³⁹ Arrêté du 22 août 1988 relatif au montant des droits annuels d'inscription exigés des candidats aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue inscrits dans les écoles publiques hospitalières

Paragraphe 3 Les questions relatives à la problématique de la profession de masseur-kinésithérapeute

Le cadre réglementaire des actes professionnels pouvant être pratiqué par les masseurs-kinésithérapeutes a été régulièrement actualisé entre 1947 et 1962 puisque au cours de cette période ce ne sont pas moins de cinq textes réglementaires (quatre arrêtés⁶⁴⁰ et un décret) qui vont définir les actes médicaux pouvant être exécutés par l'auxiliaire médical qualifié qu'est le masseur-kinésithérapeute.

Par la suite, il faudra attendre plus de vingt ans pour que l'arrêté du mois d'août 1985 actualise le domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes. À elle seule, cette inertie textuelle traduit parfaitement la problématique qui sera évoquée par la Ministre de la Santé. En réponse à un domaine de compétence qui s'est considérablement élargi du fait des progrès considérables de la médecine, des techniques chirurgicales et de l'implication des masseurs-kinésithérapeutes pour actualiser leurs techniques et en développer d'autres qui vont leur permettre d'investir de nouveaux domaines, on peut par exemple citer la rééducation des troubles vésico-sphinctériens ou encore la rééducation vestibulaire, les autorités de tutelle sous la pression du corps médical qui, craignant qu'une reconnaissance officielle de cette évolution soit synonyme d'émancipation professionnelle vont faire preuve d'un coupable immobilisme en l'espèce.

1. Décret de compétence

Le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute⁶⁴¹ pris après avis de l'Académie nationale de médecine, le Conseil d'Etat (section sociale) entendu, qui va définir précisément le massage ainsi que la gymnastique médicale et qui va élargir d'une manière considérable le domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes. En l'espèce, il s'agit plutôt d'une adaptation réglementaire portant reconnaissance de l'évolution de l'exercice professionnel des masseurs-kinésithérapeutes.

⁶⁴⁰ Arrêté du 31 décembre 1947 Actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié ; Arrêté du 6 juin 1955 Actes professionnels des auxiliaires médicaux ; Arrêté du 18 juillet 1956 Modification et complément de l'arrêté du 31 décembre 1947 relatif aux actes professionnels des auxiliaires médicaux ; Arrêté du 21 décembre 1960 (liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ; Décret n° 62-106 du 18 janvier 1962, Annexe : Liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins.

⁶⁴¹ Décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 30 août 1985, page 10032

A. La définition du massage et de la gymnastique médicale

Pour la première fois, le massage (article 1^{er}) : « *On entend par massage toute manœuvre réalisée sur la peau, manuellement ou par l'intermédiaire d'appareillage, autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodiques, mécaniques ou réflexes des tissus avec ou sans l'aide de produits* » et la gymnastique médicale (article 2) « *On entend par gymnastique médicale la mise en œuvre et la surveillance dans un but thérapeutique des actes à visée de rééducation neuromusculaire, correctrice ou compensatrice. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin les postures et les actes de mobilisation articulaire passive, aidée, active ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapeutiques.* » sont officiellement définies.

B. Une réelle actualisation du domaine de compétence

Depuis 1946, l'exercice professionnel des masseurs-kinésithérapeutes était réglementé de manière globale. Ce décret dit « de compétence » par la profession va définir de façon détaillée les domaines de compétence⁶⁴² des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que les actes qu'ils peuvent accomplir... sur prescription médicale comme il se doit⁶⁴³.

Préfigurant le futur bilan diagnostic kinésithérapique, apparaît officiellement la notion de bilans effectués par le masseur-kinésithérapeute préalablement à la prise en charge du patient, l'article 5 disposant que : « [...] Pour la mise en œuvre des traitements prescrits par le médecin le masseur-kinésithérapeute est habilité à effectuer les bilans stato-morphologique⁶⁴⁴, ostéo-articulaire, neuro-musculaire et fonctionnel nécessaires à la réalisation des traitements et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance [...] ». Pour se convaincre de l'évolution des techniques masso-kinésithérapiques, en faisant abstraction des textes

⁶⁴² Le masseur-kinésithérapeute est ainsi habilité à participer aux traitements suivants: rééducation orthopédique, rééducation de l'appareil locomoteur, rééducation de l'amputé (appareillé ou non), rééducation respiratoire (y compris les aspirations rhino-pharyngées), rééducation abdomino-périnéale et rééducation des sphincters (à l'exception des soins post-natales), rééducation de la face, rééducation de la déglutition, rééducation de la sensibilité cutanée, rééducation des grands brûlés, rééducation sensori-motrice ainsi [que] la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde, l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardio-vasculaire (l'interprétation en étant réservée au médecin) et qu'à la mise en œuvre d'élongations vertébrales par tractions mécaniques (manuelles ou électriques).

⁶⁴³ VIGOURT Bernard, Législation et déontologie en kinésithérapie, Editions Techniques, Encyclopédie Médico-chirurgicale, Kinésithérapie-rééducation fonctionnelle, 26-600-A-10, 1994, 12 p.

⁶⁴⁴ Stato-morphologique : Néologisme composé du préfixe « stato » préfixe tiré d'un mot grec signifiant "stable, stationnaire" et entrant en composition dans de nombreux termes techniques et de « morphologique » Relatif à la morphologie qui est l'étude de la configuration et de la structure externe d'un organe ou d'un être vivant.

intermédiaires⁶⁴⁵ on peut faire une rapide comparaison entre la liste initiale des actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié, sous contrôle strict du médecin prescripteur (arrêté du 31 décembre 1947), à savoir « *[article 2] Les actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié, après que le médecin traitant se sera personnellement assuré de la possibilité de confier à l'auxiliaire les dits actes, du fait de sa compétence et des possibilités inhérentes à chaque cas [...] mobilisation manuelle, mécanothérapie* » et « *[article 3] les actes suivants, donnés à titre d'exemple sans que la liste soit limitative, ne peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux, sauf sous la responsabilité et la surveillance directe du médecin traitant pouvant ainsi contrôler et intervenir à tout moment [...] Ultraviolets et infrarouges, diathermie, haute fréquence, ondes courtes, électrolyse,* » et ceux figurant à l'article 6 du décret n° 85-918 du 26 août 1985.⁶⁴⁶ Le texte officialise également la reconnaissance du rôle joué par les masseurs-kinésithérapeutes dans le domaine du sport et, dans une certaine mesure, de la prévention, l'article 8 disposant qu'« *[...]en milieu sportif, en tant qu'auxiliaire du médecin et dans les limites de ses compétences, le masseur-kinésithérapeute peut participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et à la surveillance de l'entraînement* » et de la place occupée par ces professionnels de terrain « *[article 9] En cas d'urgence et d'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. [...]* » Un compte rendu des actes accomplis devant être remis au médecin dès son intervention. En matière de prévention et/ou d'éducation à la santé, in fine le texte précise (article 10) que « *[...]selon les secteurs d'activité où il exerce le masseur-kinésithérapeute peut-être associé à différentes actions d'éducation, de formation, de prévention, d'encadrement et de dépistage [...]* ». Ces actions peuvent concerner la formation des masseurs-kinésithérapeutes et contribuer à la formation

⁶⁴⁵ Arrêté du 6 juin 1955 (actes professionnels des auxiliaires médicaux), Arrêté du 18 juillet 1956 (Modification et complément de l'arrêté du 31 décembre 1947 relatif aux actes professionnels des auxiliaires médicaux), Arrêté du 21 décembre 1960 (liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux), Arrêté du 6 janvier 1962 (liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales)

⁶⁴⁶ Décret n° 85-918 du 26 août 1985, article 6 « *[...] massages à but thérapeutiques effectués sur la peau, soit manuellement, soit à l'aide d'appareils, postures et actes de mobilisation articulaire visée à l'article 2 [gymnastique médicale], mobilisation manuelle de toutes les articulations, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment les manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux, mécanothérapie, pouliothérapie, kinébalnéothérapie et hydrothérapie, contentions souples, application d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de posture, cryothérapie à température de glace fondante et thermothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments,, relaxation neuro-musculaire, applications de courants thérapeutiques et excito-moteurs, ionophorèse [le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur], application des ultra-sons, des rayons infra-rouges et ultra-violet, application des ondes courtes et pulsées, prise de tension artérielle.* »

d'autres personnels de santé. Il peut s'agir également de travaux de recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie, d'actions coordonnées en matière de prévention en collaboration avec d'autres membres des professions sanitaires et sociales ou la réalisation de bilans ergonomiques⁶⁴⁷ et la participation aux recherches ergonomiques.

Par la suite, les dispositions de ce texte seront actualisées par le décret du 8 octobre 1996⁶⁴⁸ qui s'inscrit « *Dans le cadre d'une politique générale visant, conformément aux dispositions du protocole d'accord du 15 novembre 1991⁶⁴⁹ sur la reconnaissance des sujétions hospitalières [...] à réactualiser de façon périodique les textes régissant les compétences et les modalités d'exercice des différentes professions paramédicales en prenant en compte les conditions réelles d'exercice de ces professions [...]* »⁶⁵⁰ et par le décret n° 2000-577 du 27 juin 2000⁶⁵¹ qui va officialiser la notion de diagnostic kinésithérapique.

D'un point de vue sémantique, il nous semble intéressant de relever que la terminologie employée est légèrement différente de celles des textes précédents en la matière.

2. Un champ sémantique significatif

De 1947 à 1962, dans les différents textes réglementaires, l'expression employée est « *les actes médicaux qui peuvent être exécutés par un auxiliaire médical* ». D'un point de vue étymologique, le verbe « exécuter », verbe transitif, signifie (1351) « mener à accomplissement » et en droit (v. 1355) « rendre effective les dispositions d'un jugement, etc. » Les emplois extensifs pour « réaliser », spécialement « faire un ouvrage » d'après un plan, un devis (1690) sont parallèles à ceux d'*exécution*, ce substantif étant, à partir du XVII^e siècle, senti comme dérivé du verbe. De *exécuter* vont dériver deux mots. Exécutable, adjectif, d'abord terme de droit (v.1435), signifiant « qui peut être accompli » (1835) et

⁶⁴⁷ Ergonomie : Étude scientifique des conditions (psycho-physiologiques et socio-économiques) de travail et des relations entre l'homme et la machine. Le Grand robert, Langue française, édition numérique 2014

⁶⁴⁸ Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 09 octobre 1996, p. 14802

⁶⁴⁹

⁶⁵⁰ Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, Note d'information,. Source : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

⁶⁵¹ Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 29 juin 2000, p. 9767

exécutant (e), nom désignant une personne qui exécute un ordre (XIX^e siècle, E. Deschamps)⁶⁵².

Comme nous l'avons évoqué précédemment, cette terminologie illustre bien la place allouée à l'auxiliaire médical à l'époque. Ce n'est, serions-nous tentés d'écrire, qu'un exécutant qui doit se conformer strictement à la prescription qualitative et quantitative du médecin. Au début de la deuxième moitié du XIX^e siècle, il n'y a que deux catégories d'auxiliaires médicaux, les infirmières ainsi que les masseurs-kinésithérapeutes qui ne sont que de simples exécutants. En 1985, les choses ont changé. La famille des auxiliaires médicaux s'est agrandie notamment dans le domaine de la rééducation avec l'apparition de nouveaux professionnels (ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, orthoptistes, etc.) dont certains échappent partiellement à la « dictature médicale » par le fait qu'ils sont sous la double tutelle du ministère de la santé et du ministère de l'enseignement supérieur. L'état d'esprit aussi a changé. L'auxiliaire médical est devenu paramédical. S'il existe toujours, ce que l'on qualifierait en droit du travail, « *un lien de préposition* » symbolisé par la prescription médicale entre l'infirmier (e), le masseur-kinésithérapeute et le médecin il y a désormais, certes à des degrés divers, un certain nombre d'échanges professionnels, des processus de feed-back traduisant une forme de coopération attestant de la reconnaissance du rôle et de l'importance de ces professionnels dans la chaîne des soins. Ce n'est donc pas un hasard si les rédacteurs emploient désormais le verbe « habilitier » dans les expressions « *le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer [...] à utiliser* ».

Le verbe transitif « habilitier » est emprunté (v.1300, *abilleté a*) au bas latin *habilitare*, dérivé du latin classique *habilis* (→ habile) avec le sens « rendre capable », spécialement en droit (1379) pour « rendre légalement capable de », sens repris au latin médiéval. « Habilité », nom féminin, emprunté au latin classique *habilitas* a eu les sens d'« aptitude légale » (1365) et de « qualité qui rend apte à » (v.1370) est devenu archaïque mais « habilitation » nom féminin (1470 ; 1373 *abilitacion*), emprunté au latin médiéval juridique *habilitatio*, du supin de *habiliatere* reste un terme juridique⁶⁵³. C'est exactement comme cela qu'il faut comprendre la nouvelle formulation employée qui est la reconnaissance de la compétence et du professionnalisme des auxiliaires paramédicaux. Ces derniers, progressivement prennent leur place au sein de la chaîne des soins. À l'hyper sophistication des techniques médicales

⁶⁵² REY Alain, Dictionnaire historique de la langue française, « A-Fo », Le Robert, nouvelle édition juin 2012, p.1282

⁶⁵³ REY Alain, Dictionnaire historique de la langue française, « Fo-Pr », Le Robert, nouvelle édition juin 2012, p.1579-1580,

correspond une spécialisation des techniques paramédicales issues du travail des praticiens qui ont dû adapter leur pratique pour garantir efficacité et sécurité des soins. En la matière, les règles restées statiques pendant deux décennies évolueront assez vite et ce décret sera supplanté par un nouveau texte un peu plus de dix ans plus tard (décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute).

La publication du décret dit « de compétence » en 1985 a indéniablement satisfait l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes qu'ils soient salariés ou libéraux dans la mesure où en officialisant les compétences acquises par les masseurs-kinésithérapeutes et en prenant en compte la place qu'ils occupent dans le paysage sanitaire français il leur apportait une reconnaissance professionnelle méritée. Il n'en demeure pas moins que le profond malaise qu'ils éprouvent depuis des années semble s'exacerber ce qui n'échappe pas aux autorités de tutelle.

3. Un rapport ayant vocation à faire un état des lieux de la profession

À l'automne 1986, Madame Michèle BARZACH⁶⁵⁴, ministre délégué à la santé et à la famille, confie à Messieurs Bernard ALBERT⁶⁵⁵ et Jean-Noël HEULEU⁶⁵⁶ de réaliser un état des lieux de la profession. Les auteurs consigneront la synthèse de leurs consultations et des propositions qu'ils estiment nécessaires pour faire évoluer la profession dans le rapport qu'ils remettront à la Ministre et qu'ils intituleront « *Rapport général sur la profession de masseur-kinésithérapeute rééducateur* »⁶⁵⁷. Lors de sa publication quelques mois plus tard, les conclusions de ce rapport vont contribuer à exacerber la colère des masseurs-kinésithérapeutes et leur rancœur contre le pouvoir médical d'autant plus que les rapporteurs

⁶⁵⁴ BARZACH Michel (1943-), médecin gynécologue, députée RPR de la 13ème circonscription de Paris (juin 1988 – décembre 1990), ministre déléguée à la Santé et à la Famille de la France (mars 1986 – mai 1988).

⁶⁵⁵ ALBERT Bernard, masseur-kinésithérapeute s'étant orienté vers la gestion des services de santé après avoir obtenu un DESS portant sur les problématiques du kinésithérapeute (Université Paris –Dauphine 1984). Il est , avec le docteur Jean Noel Heuleu, à l'origine de la création du centre de rééducation fonctionnelle « La châtaigneraie » à de Menucourt dans les Yvelines en région parisienne dont il deviendra directeur administratif.

⁶⁵⁶ HEULEU Jean Noel, après avoir obtenu le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute a entrepris des études de médecine. Interne des hôpitaux de Paris (1966), ancien Chef de clinique il va se spécialiser en rhumatologie et médecine de réadaptation et rééducation fonctionnelle. Co-fondateur (avec Bernard ALBERT) du centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle de la Chataigneraie à Menucourt dans les Yvelines en région parisienne.

⁶⁵⁷ Lettre de mission de la ministre de la santé en date du 25 novembre 1986 : « *La profession de masseur kinésithérapeute rééducateur est actuellement confrontée à un certain nombre d'interrogations auxquelles les réponses ne sont pas évidentes et au sujet desquels il n'existe pas un niveau de consensus suffisant. Il importe, néanmoins, de dégager des orientations capables de faire, mieux qu'aujourd'hui, coïncider les intérêts de cette profession avec les réalités économiques et sanitaires du pays.[...]* »

choisis étaient deux personnalités à la compétence reconnue en la matière étant initialement masseurs-kinésithérapeutes de formation.

A. Une mission basée sur de bonnes questions

Dans sa lettre de mission, la ministre de la santé avait correctement cerné les différents problèmes auxquels étaient confrontés les masseurs-kinésithérapeutes et qui perdurent toujours à l'heure actuelle. Une position sociale qui s'étant progressivement dégradée en a conduit un grand nombre à rechercher d'autres formes d'exercice dans un cadre non thérapeutique en perfectionnant leurs savoirs en abordant des techniques non officielles. Des études n'ayant que très peu évolué depuis presque vingt ans alors que les pathologies et les techniques de soins ont connu une évolution très rapide entraînant que, dicit la ministre « [...] *l'accent a été mis sur la formation théorique au détriment, peut-être, de la formation pratique.* » In fine, la ministre de la Santé fait remarquer qu'à l'instar des professions médicales et comme d'autres professions paramédicales la profession de masseur kinésithérapeute rééducateur exprime depuis longtemps le souhait de se doter d'un organisme professionnel destiné « [...] *à définir des règles éthiques inhérentes à toute profession dont l'activité se développe au bénéfice de malades.* » Le rapport devra être remis au plus tard à la fin du premier trimestre 1987.

Une analyse non exhaustive du contenu de la lettre de mission de la ministre de la Santé permet de faire ressortir que si les différents problèmes rencontrés par la profession sont tous évoqués, l'analyse de leur origine est rédigée d'une manière qui semble induire la solution à apporter. Les deux rapporteurs semblent l'avoir parfaitement compris, leurs conclusions allant dans le sens voulu par les pouvoirs publics et de celui du corps médical. De surcroît, le bref délai qui leur a été imparti pour consulter « [...] *de manière approfondie l'ensemble du monde professionnel* » ne leur a pas laissé le temps suffisant pour se livrer à une analyse plus approfondie. Mais était-ce vraiment l'objectif de la démarche. N'était-ce pas plutôt une sorte de justification pouvant servir d'alibi... pour ne rien entreprendre ?

Disons-le franchement, pour les masseurs-kinésithérapeutes et pour la masso-kinésithérapie ce rapport⁶⁵⁸ n'apportera rien de constructif. Il fera l'unanimité contre lui de la part de l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes. En matière de réforme, les pouvoirs publics y puiseront les arguments pour « se hâter lentement » et comme beaucoup de rapports

⁶⁵⁸ ALBERT Bernard, HEULEU Jean-Noël, La problématique de la profession de masseur-kinésithérapeute: rapport de mission au ministre délégué à la santé et à la famille, Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, 1987

commandés par le pouvoir politique, il sera vite recouvert d'une épaisse couche de poussière sur une étagère ou au fond d'un tiroir du ministère de la Santé. Pourtant les deux rapporteurs, éminents spécialistes en la matière, s'étant vraisemblablement souvenu qu'ils avaient été eux-mêmes masseurs-kinésithérapeutes, ont bien cerné les problèmes auxquels sont confrontés leurs anciens confrères.

B. Les décevantes réponses à de bonnes questions

Mais, ayant posé les bonnes questions, ils vont apporter les mauvaises réponses. Pendant six mois, ils vont auditionner plus d'une centaine de personnes (représentants professionnels masseurs-kinésithérapeutes, directeurs d'IFMK, médecins généralistes, médecins spécialistes, médecins-conseils, directeurs d'établissements d'hospitalisation, de centres de rééducation, professeur de facultés, doyens d'université). Pour prendre le pouls de l'état d'esprit des masseurs-kinésithérapeutes « de base », ils vont employer une méthode originale qui mérite d'être soulignée. En plus des personnalités auditionnées, dans chaque département, un masseur-kinésithérapeute ayant été tiré au sort, à partir des fichiers ADELI, a été destinataire d'un questionnaire type (également adressé aux personnalités préalablement entendues. Sur cinq cents envois, il y aura 319 réponses.

Bernard ALBERT et Jean-Noël HEULEU vont intituler leur rapport « Les problématiques de la profession de masseur-kinésithérapeute. À notre avis, l'emploi de ce mot en la matière est fort opportun et révélateur de la situation. Alain Rey dans son dictionnaire historique de la langue française définit « problématique » comme un mot étant apparu à la fin du XV^e siècle emprunté au bas latin *problematicus* « constituant un problème auquel on ne peut apporter de solution », emprunté au dérivé grec *prôblematkos*. Par la suite le mot a repris le sens latin de « difficile à résoudre, douteux ». Bien plus tard (1951), sous l'influence de l'allemand *Problematik* et dans un usage didactique il va désigner la technique qui consiste à bien poser un problème ou un ensemble cohérent de problèmes et, par métonymie, l'ensemble des problèmes se posant sur un sujet déterminé⁶⁵⁹. En la matière, nous pensons que le mot problématique peut être interprété selon les différents sens qu'il a eu au cours des siècles, les masseurs-kinésithérapeutes penchant pour son sens premier « *problème auquel on ne peut apporter de solution* », le ministère et les auteurs du rapport pour sa signification moderne « *ensemble des problèmes se posant sur un sujet déterminé* ». Il nous semble également intéressant de faire remarquer que Bernard ALBERT est l'auteur d'un mémoire écrit de fin de

⁶⁵⁹ REY Alain, dictionnaire historique de la langue française, tome 3, p. 2806, Le Robert, 2012

DESS, consacré à ce sujet et rédigé très peu de temps auparavant, qui semble avoir largement inspiré les auteurs du rapport précité comme nous le prouve l'insertion au sein de l'introduction dudit rapport d'un extrait du mémoire réalisé en 1985 par Bernard Albert « les problématiques kinésithérapeutes en 1985, qui souligne que pour les masseurs-kinésithérapeutes en 1985 « [...] leurs problématiques ont un dénominateur commun : LA CRISE. C'est la crise qui est responsable de la sélection à l'entrée des écoles car la politique de santé, devenue restrictive, tend à limiter le nombre des diplômés, chaque nouveau diplômé étant créateur certains de dépenses induites. C'est la crise qui fait que les études restent fixées à trois années, le coût d'une quatrième année et les conséquences de la promotion de la kinésithérapie devant être supporté par les finances publiques. C'est la crise qui détériore les revenus des kinésithérapeutes. Peut-être la crise a-t-elle une influence sur les rapports médecins/kinésithérapeutes ? À l'évidence, la crise rend aléatoire l'avenir des kinésithérapeutes. Ainsi la crise serait grandement responsable des malheurs des kinésithérapeutes de leur pessimisme. Raisonement sans doute un peu simpliste, qu'on y regarde de plus près. » Ainsi, la crise est la source de tous les tourments dont se plaignent les masseurs-kinésithérapeutes.

Les auteurs vont articuler leur travail autour de deux thématiques principales : la formation et l'exercice de la profession de masseur kinésithérapeute. Le premier constat réalisé concerne la démographie professionnelle et les études préparatoires au diplôme d'Etat. La moyenne d'âge du groupe professionnel est de 37 ans environ. La croissance du nombre de diplômés, malgré les quotas mis en place pour limiter le nombre d'étudiant pouvant s'inscrire en première année semble (en 1986) insuffisante, le nombre de diplômés d'Etat devant (d'après le ministère) continuer à augmenter jusqu'en 2007 ! Les problèmes concernant la formation préparatoire au diplôme d'Etat et ceux relatifs à l'exercice professionnel semblent liés et à l'origine de l'important quiproquo entre les aspirations des jeunes professionnels pensant exercer une activité valorisante sur un plan social et humain et la réalité quotidienne du terrain qui va les confronter à de multiples difficultés dans la réalisation de leur mission. L'inadéquation en résultant serait source de démotivation.

À partir de l'état des lieux réalisé, les rapporteurs vont s'attacher à définir le type de formation nécessaire (et suffisante serait-on tenté d'ajouter) pour que puissent être dispensés tous les soins en adéquation avec les nouvelles compétences dont disposent désormais les masseurs-kinésithérapeutes et les conditions matérielles nécessaires pour permettre un exercice conforme à la réglementation. Après avoir rappelé les différents textes en vigueur en

l'espèce, il est réaffirmé que le masseur kinésithérapeute est un auxiliaire médical qui « [...] participe au plan de traitement élaboré par le médecin à la suite d'un diagnostic dont le médecin, seul, à pouvoir de décision. ».

Dès lors, la formation de base masseur kinésithérapeute doit porter sur « [...] des connaissances suffisantes dans les matières essentielles [...] l'étude la pathologie devant se limiter, nous semble-t-il, à l'étude des maladies en rapport avec la spécificité de la kinésithérapie. Le plus important reste la pratique l'approfondissement des techniques kinésithérapies, celle-ci s'avérant indispensable pour le praticien érudit livré à lui-même, utilise celle qui lui paraît le mieux convenir. » En marge du rapport aimablement prêté par Jacques MONET, ce dernier avec à-propos avait écrit « encore faut-il qu'il en connaisse parfaitement le mécanisme ».

De ce constat naissent des questions. Préparer l'étudiant à ses responsabilités futures, dans le cadre strictement défini de collaborateurs du médecin prescripteur, opportunité d'allonger les études et de modifier le programme actuel qui ne répond plus aux nouvelles compétences de 1985 ? Faut-il augmenter la durée des cours théoriques et y inscrire de nouveaux enseignements largement souhaités par les praticiens ? À ces pertinentes questions en succèdent d'autres qui laissent transparaître une certaine partialité, si ce n'est une partialité certaine du raisonnement de leurs auteurs. « N'y a-t-il pas là un risque de déviation ? L'appétit de connaissances théoriques ne pourrait-il pas engendrer une l'ambition de kinésithérapeute, un désir d'indépendance à l'égard du médecin, et même un désir de devenir un pseudo-médecin ? » Le mot est dit, les maux sont énoncés. Émancipation du masseur-kinésithérapeute par rapport au pouvoir médical pouvant induire le souhait d'intégrer le groupe restreint des professions médicales. La réponse à un éventuel allongement de la durée des études est du même acabit. Cet allongement concernerait principalement l'enseignement théorique ce qui entraînera les futurs masseurs-kinésithérapeutes à « [...] moins masser et travailler manuellement c'est-à-dire à faire les premiers gestes qui qualifient leur art. ». Comment alors s'étonner de lire l'opinion exprimée sur la revendication d'une quatrième année d'étude, jugée significative à cet égard ? Ayant dû faire le constat que c'est un souhait largement majoritaire (pour ne pas dire unanime) de la profession, la réponse est sans équivoque : « [...] une reconnaissance plus grande la profession et sa valorisation tant au regard de la société couplant matériel, la quatrième année d'études devant s'accompagner, lamentablement, de revendications financières. [...] » Comme le commentait Jacques MONET est-ce condamnable ? Il est rappelé avec force que le corps médical et notamment les

spécialistes de rééducation réadaptation fonctionnelle sont défavorables à la création de cette quatrième année d'études kinésithérapie même s'il reconnaît que le questionnement de la formation des masseurs-kinésithérapeutes est d'importance. Bernard ALBERT et Jean-Noël HEULEU concluent que la qualité de la formation découlera la qualité des techniques mises en jeu et qu'un meilleur contrôle des terrains de stage et des cours pratiques dans les écoles permettra d'améliorer singulièrement la valeur technique de masseur kinésithérapeute, sans alourdir les études d'une année supplémentaire ! Ils préconisent de diminuer la formation théorique au profit de la formation pratique des futurs masseurs-kinésithérapeutes tout en renforçant la formation des médecins en la matière pour que les médecins prescripteurs puissent élaborer leurs ordonnances de manière détaillée tant qualitativement que quantitativement. In fine, il est écrit que la formation continue ayant notamment pour objectif de pallier certaines lacunes d'enseignement préparant au diplôme d'État. *« Trois années d'études, bien aménagé, avec des terrains de stage efficace, permettant, tant dans les écoles publiques et privées, de former l'auxiliaire médical compétent et efficace que nous définissons dans la seconde partie de notre rapport. »*

L'exercice professionnel de la kinésithérapie est le deuxième sujet de réflexion de ce travail. La synthèse des réponses reçues va mettre en lumière le malaise de la profession. Malaise évident, qui de l'aveu même des auteurs de ce rapport est beaucoup plus important que ce qu'on pouvait supposer. En l'espèce, il y a une convergence d'opinion entre médecins et non médecins. La réponse est quasi unanime puisque sur les 319 réponses à la question « y a-t-il un malaise dans la kinésithérapie ? » 301 sont positives et seulement 18 négatives. Plus symptomatique sur les 62 médecins consultés moins de 10 % d'entre eux (6/62) estiment qu'il n'y a pas de malaise. Que ce soit en matière d'exercice salarié ou libéral, ce qui ressort de l'enquête est l'insatisfaction et le malaise liés à la médiocre rémunération du travail effectué et de la dégradation du pouvoir d'achat qui en résulte.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes salariés, évolution de carrière et salaires sont unanimement considérés comme notoirement insuffisants ce qui ne permettrait pas d'exiger des masseurs-kinésithérapeutes tous les efforts nécessaires au bon fonctionnement des services de rééducation. À cela vient s'ajouter l'absence prévisible de promotion, l'âge moyen des praticiens (inférieur à 40 ans) interdisant de facto le renouvellement des postes de responsabilité à court et moyen termes. Dernier point relevé, l'insuffisance de la formation professionnelle continue proposée par les établissements tant dans le secteur public que dans le secteur privé qui inciterait les masseurs-kinésithérapeutes à *« chercher ailleurs ce qui*

pourrait leur donner sur place » ce qui serait une explication au « *déviotionnisme* » en la matière⁶⁶⁰. Les conditions de travail apparaissent comme secondaires dans la mesure où, comme la responsabilité, elles sont liées à la plus ou moins grande autonomie accordée par les chefs de service de rééducation. Là encore, nous ne pouvons que remarquer la partialité de l'opinion émise. S'il est rappelé que « [...] *le kinésithérapeute un rôle clé dans les équipes soignantes, là où sa présence s'avère indispensable [...]* » la description de son rôle au sein des services de rééducation nous semble particulièrement réductrice « [...] *le kinésithérapeute doit tenir ces dossiers de rééducation, faire ses observations, présenter des résultats. Il doit être comptable de ces malades et des succès obtenus. Ceci ne peut se réaliser que dans le cadre d'une collaboration bien comprise avec le corps médical* ». L'annotation de Jacques Monet en marge du document est aussi concise que réaliste « *c'est un ouvrier spécialisé de la rééducation ?* » Pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, le problème de la rémunération des actes est également très prégnant. La nomenclature générale des actes professionnels qui définit les actes et leur cotation date de 1972 est dans un état d'obsolescence avancé. Un certain nombre d'actes appartenant au domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes depuis la publication du décret du 26 août 1985 n'y figurant pas. De plus, la stagnation de la valeur lettre clef, valeur qui conditionne le montant de chaque acte, entraîne une insuffisance de revalorisation tarifaire. À partir des chiffres communiqués par la CNAMTS, la perte du pouvoir d'achat des masseurs-kinésithérapeutes entre 1980 et 1985 a été estimée à 2,70 % alors que dans le même temps les charges liées à l'exploitation du cabinet libéral ont augmenté sensiblement.

En l'espèce, nous ne pouvons qu'être d'accord avec les conclusions tirées de ces constatations. L'insuffisante rémunération est en partie responsable de la déviance de certains kinésithérapeutes et des difficultés d'exercice des autres. Elle favorise les traitements collectifs au détriment des traitements individuels et de facto avantage les cabinets importants disposant de plateau technique et de matériel sophistiqué dans lesquelles s'exerce une kinésithérapie à la chaîne. À ce stade de leur rapport, les auteurs mettent en exergue la proposition du SNMKR visant à privilégier la revalorisation de l'acte individuel. Nous verrons, lorsque nous aborderons les péripéties de la création mouvementée de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes que le SNMKR, qui est un des deux syndicats représentatifs des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, est politiquement très proche du RPR ainsi que

⁶⁶⁰ Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Direction du personnel, Service de l'Enseignement, de la Formation et de la Promotion, Synthèse de conclusions du questionnaire concernant le perfectionnement des masseurs-kinésithérapeutes, LG/JL/86-631 B.449A – P. 44-49 ? 11 septembre 1986

Monsieur Jean-Noël HEULEU. Rappelons que Madame Michèle BARZACH, ministre de la santé qui a commandé le rapport est une élue et RPR. La boucle est bouclée.

La deuxième observation formulée est relative à la dépendance des masseurs-kinésithérapeutes vis-à-vis des médecins prescripteurs et des organismes de Sécurité sociale, principalement avec les médecins-conseils. Lorsque est abordée la question des rapports des masseurs-kinésithérapeutes avec le corps médical, nous ne pouvons que partager l'opinion émise. Les masseurs kinésithérapeutes libéraux ont des attitudes différenciées. Certains se félicitent de la bonne collaboration qui existe entre eux et les médecins, d'autres regrettent qu'elle n'existe pas ou peu et acceptent mal la subordination induite par le pouvoir de prescription des médecins. Mais nous émettons quelques réserves sur la formulation employée qui nous semble quelque peu méprisante en rappelant de manière subliminale que le masseur-kinésithérapeute est un subordonné du médecin « *Certains [...] en estimant que la formation théorique et pratique qu'ils ont reçu au cours de leurs trois années études et leur diplôme d'État obtenu, les autorise à parler d'égal à égal, dans leur spécialité, avec les médecins.* »

En langage clair, il est reproché à certains masseurs-kinésithérapeutes d'avoir l'outrecuidance de vouloir engager un dialogue d'égal à égal avec le médecin prescripteur, faisant fi de la traditionnelle hiérarchie imposée par le corps médical depuis les plus anciennes origines de la profession alors qu'ils n'ont pour tout bagage professionnel trois ans d'études (seulement ?) et un diplôme d'Etat qui n'est certes pas une thèse et n'a donc pas la même valeur institutionnelle. Et, comme on pouvait s'y attendre il est, une fois de plus, rappelé que « *[...] le médecin prescripteur des actes de kinésithérapie a un droit de contrôle sur la qualité des soins, comme il vérifie le résultat d'un traitement médicamenteux.* »

Paradoxalement, serait-on tenté d'écrire, les auteurs reconnaissent que cette attitude des masseurs kinésithérapeutes libéraux est liée au fait qu'ils sont souvent confrontés au non-savoir du médecin prescripteur qui n'a que peu ou pas de connaissances de la kinésithérapie, qui ne connaît pas la nomenclature des actes de kinésithérapie et ne renouvelle pas un traitement alors que cela s'avérerait nécessaire par crainte de passer sous les fourches caudines des Caisses d'assurance maladie⁶⁶¹. D'autant plus, est-il souligné avec juste raison,

⁶⁶¹ Tableaux Statistiques d'Activité des Praticiens (T.S.A.P) : relevés d'activité qui chiffrent, pour chaque médecin, les dépenses occasionnées par leurs prescriptions. Familièrement appelé « profil médical ». Il s'agit d'un outil statistique introduit par la convention nationale des médecins de 1971. (Arrêté du 29 octobre 1971 : approbation de la convention nationale des médecins annexée au présent arrêté (soins, tarif des honoraires, commission médico-sociale paritaire départementale, commission médicosociale paritaire nationale). JO du 31 octobre 1971, p. 10758.) Cette convention fut annulée par le Conseil d'Etat le 19 février 1975 (C.E., 3 / 5 SSR, 19 février 1975, 86672 ! 86672 bis, publié au recueil Lebon)

que les kinésithérapeutes subissent une seconde tutelle bien plus contraignante que celle des prescripteurs. Il s'agit de celle des médecins-conseils de caisses d'assurance maladie dont une des missions est de contrôler la stricte application de la nomenclature des actes professionnels, l'exactitude de la codification demandée dans l'entente préalable et le temps passé auprès des patients en regard de la cotation des soins. Or, reconnaissent les deux rapporteurs, pas plus que la majeure partie des médecins prescripteurs, les médecins-conseils ne sont formés pour juger des traitements effectués par les kinésithérapeutes à l'origine d'un abondant contentieux. Qui plus est, depuis quelque temps, les instances supérieures de la CNAMTS ont engagé une action auprès des médecins prescripteurs pour les former à mieux prescrire la rééducation. En fait, il s'agit d'une invitation à moins prescrire quantitativement (moins de séances) et qualitativement (libellé correspondant à la plus petite cotation). Cette pression exercée sur le prescripteur est inacceptable pour les masseurs kinésithérapeutes libéraux et pour les médecins prescripteurs qui se sentent brimés dans l'exercice de leur discipline. Il est relevé dans le rapport, et là nous ne pouvons qu'être d'accord avec ce qui est écrit, car nous l'avons vécu tout au long de notre long exercice professionnel libéral *« Il n'est pas sûr que la réduction du nombre des séances et leur disqualification contribuent à diminuer le coût des soins. Le résultat inverse peut s'ensuivre du fait des prolongations de soins, entraînant de nouvelles visites médicales, ou parfois des hospitalisations rendues nécessaires par l'impossibilité de pratiquer une médecine ambulatoire efficace. »*

Dans le même ordre d'idée, sont évoqués les problèmes liés à l'insuffisance de responsabilité dont souffrent les masseurs-kinésithérapeutes ainsi qu'à l'insuffisance de leur rémunération, essentiellement pour les masseurs kinésithérapeutes thérapeutes libéraux, eu égard à la charge, sans cesse croissante, de travail nécessaire à effectuer pour garantir un niveau de revenus constants en raison de la non-revalorisation de leurs honoraires alors que la charge des frais professionnels ne cesse d'augmenter ce qui, dans bien des cas, a pour conséquences la réalisation de soins quelconques plus proche de l'abattage que de la dispensation de soins consciencieux et attentifs et conformes aux données acquises de la science. Ce rapport avait suscité beaucoup d'espoir au sein de la profession eu égard à la personnalité et aux compétences reconnues par tous des deux rapporteurs. La déception sera à la hauteur des espérances initiales. Le corporatisme ayant prévalu sur la nécessaire nécessité d'engager une réforme des conditions de formation et d'exercice professionnel des masseurs-kinésithérapeutes et toute évolution du statut et des conditions d'exercice professionnel étant

analysée comme source d'émancipation pouvant remettre en cause le leadership du médecin, prescripteur ou non, le conseil implicite qui transparaît en guise de conclusion est qu'il était urgent de ne rien faire. Décevant. Mais ce rapport, indépendamment du fait qu'il confirme de manière éclatante l'état d'esprit du corps médical à l'égard des masseurs-kinésithérapeutes, aura eu au moins le mérite d'être à l'origine d'une prise de conscience collective des étudiants en masso-kinésithérapie.

Sous l'impulsion de Pierre TRUDELLE masseur-kinésithérapeute cadre de santé, enseignant⁶⁶², un collectif de seize étudiants parisiens et de province, qui préfigure la future création de la Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie⁶⁶³, va rédiger un rapport en réplique au précédent à l'attention de la ministre de la santé⁶⁶⁴.

C. Le mémoire en réponse des étudiants en masso-kinésithérapie

Sous l'impulsion de Pierre TRUDELLE masseur-kinésithérapeute cadre de santé, enseignant⁶⁶⁵, un collectif de seize étudiants parisiens et de province, qui préfigure la future création de la Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie⁶⁶⁶, va rédiger un rapport en réplique au précédent à l'attention de la ministre de la santé⁶⁶⁷. Le raisonnement de ces futurs professionnels est bâti à partir du même postulat que Messieurs ALBERT et HEULEU

⁶⁶² TRUDELLE Pierre, Masseur-Kinésithérapeute (DE en 1988), Cadre de santé (Bois-Larris 1992), DEA de Biomécanique (ENSAM 1995)

⁶⁶³ Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie (FNEK) : association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 créée au mois de février 2002. Elle œuvre dans l'intérêt de tous les étudiants en masso-kinésithérapie, indépendamment de tout parti politique, de tout syndicat, de toute idéologie et de toute confession. Elle rassemble toutes les associations d'étudiants kinés (amicale, BDE, corpo...) présentes au sein de chaque institut de formation. Elle est donc constituée et dirigée selon un mode associatif et fédératif : les étudiants adhèrent à leur association locale, et leur association adhère à la FNEK.. Grâce à cette structuration, les préoccupations des étudiants sont au cœur des actions de la FNEK. Au sein de ce mouvement national, les associations locales conservent ainsi leurs particularités et leur liberté. La FNEK est de ce fait la seule organisation représentative des étudiants en masso-kinésithérapie en France. Elle est une force vive, impulsée par et pour les étudiants. Source : http://www.fnek.fr/buts_et_principes/

⁶⁶⁴ Rapport des étudiants en masso-kinésithérapie à l'attention de madame le ministre Michèle BARZACH, 1987

⁶⁶⁵ TRUDELLE Pierre, Masseur-Kinésithérapeute (DE en 1988), Cadre de santé (Bois-Larris 1992), DEA de Biomécanique (ENSAM 1995)

⁶⁶⁶ Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie (FNEK) : association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 créée au mois de février 2002. Elle œuvre dans l'intérêt de tous les étudiants en masso-kinésithérapie, indépendamment de tout parti politique, de tout syndicat, de toute idéologie et de toute confession. Elle rassemble toutes les associations d'étudiants kinés (amicale, BDE, corpo...) présentes au sein de chaque institut de formation. Elle est donc constituée et dirigée selon un mode associatif et fédératif : les étudiants adhèrent à leur association locale, et leur association adhère à la FNEK.. Grâce à cette structuration, les préoccupations des étudiants sont au cœur des actions de la FNEK. Au sein de ce mouvement national, les associations locales conservent ainsi leurs particularités et leur liberté. La FNEK est de ce fait la seule organisation représentative des étudiants en masso-kinésithérapie en France. Elle est une force vive, impulsée par et pour les étudiants. Source : http://www.fnek.fr/buts_et_principes/

⁶⁶⁷ Rapport des étudiants en masso-kinésithérapie à l'attention de madame le ministre Michèle BARZACH, 1987

à savoir le constat du malaise qui règne au sein de la profession de masseur-kinésithérapeute. Mais leur constat diffère sensiblement du précédent. Pour eux, l'angoisse généralisée et ressentie « *a pour origine l'inhibition de l'acte thérapeutique dans laquelle tombent les masseurs-kinésithérapeutes lorsqu'ils sont confrontés à leur propre manque de compétence* ». Poursuivant leur raisonnement, ils affirment que cette inhibition est liée à deux causes « *soit le surplus d'informations non maîtrisé ne permettant pas une action thérapeutique adaptée* » soit à l'inverse « *[...] le manque de connaissance qui aboutit par une autre voie au même résultat* ». Après avoir énoncé ce qu'est pour eux la kinésithérapie « *un acte thérapeutique, individuel, manuel [visant] à rétablir les fonctions motrices perturbées du malade* » et rappelé qu'elle s'articule autour de trois pôles essentiels et indissociables (intellectuel, manuel et relationnel), ils font le constat que « *[...] moins les structures pédagogiques de départ tiendront compte de cette nécessité, plus l'on s'acheminera vers la formation de thérapeutes inadaptés, incapables de résoudre les problèmes posés par la diversité clinique* ».

À partir de là, ils vont construire leur raisonnement sur le fait que, contrairement à ce que préconise auteurs du rapport honni, il n'est pas possible de concevoir une réduction de la théorie au profit de la pratique dans la mesure où il est inimaginable d'envisager un masseur-kinésithérapeute appliquant des techniques sur des patients sans en connaître les effets et les indications et que sans connaissance théorique la pratique ne peut pas évoluer. La réalisation d'un geste technique « *n'est pas seulement la connaissance du comment mais également et surtout du pourquoi ?* ». Dans leur argumentaire, un point développé par les étudiants mérite d'être cité. Ces derniers exposent l'inutilité et l'inefficacité d'une prescription médicale qui, pour eux, tiennent deux raisons principales.

La première est qu'une telle prescription imposerait à ce que tous les médecins diplômés possèdent les mêmes connaissances qu'un masseur-kinésithérapeute en la matière. La seconde est qu'un traitement de rééducation s'étale dans le temps et correspond à un rapport dual entre le patient et le masseur-kinésithérapeute. Le médecin étant absent de cette relation, comment avec une prescription détaillée, « verrouillant » en quelque sorte l'autonomie professionnelle du masseur-kinésithérapeute, ce dernier pourrait-il modifier son traitement pour tenir compte de l'évolution de l'état de santé et des possibilités fonctionnelles de son patient⁶⁶⁸ ? Comme on pouvait s'y attendre, les étudiants proposent de réformer la formation des futurs masseurs-

⁶⁶⁸ La proposition des étudiants en matière de prescription se traduira dans les faits par l'abandon (partiel) du « qualitatif et du quantitatif » des prescriptions de rééducations bien des années plus tard lorsque sera publié l'arrêté du 22 février 2000 dont l'article 1er énonce que « [...] à l'article 4 de l'arrêté du 6 janvier 1962 susvisé, les mots "qualitative et quantitative" sont supprimés ».

kinésithérapeutes en créant une 4^e année d'étude qui permettrait de compléter la formation théorique, notamment en matière de biomécanique tissulaire, et pratique tant pour les techniques de base que pour les techniques spécifiques.

Qu'est-il advenu de ce rapport ? A-t-il subi le même sort que le rapport précédent ? Nul ne le sait. Madame Michèle BARZACH ayant été démise de ses fonctions de ministre de la santé quelques mois après qu'il lui eut été remis on ne peut qu'être pessimiste sur son sort. Mais il faut remarquer que la proposition des étudiants en matière de prescription se traduira dans les faits par l'abandon (partiel) du « qualitatif et du quantitatif » des prescriptions de rééducations bien des années plus tard lorsque sera publié l'arrêté du 22 février 2000 dont l'article 1^{er} énonce qu'« à l'article 4 de l'arrêté du 6 janvier 1962 susvisé, les mots : « qualitative et quantitative » sont supprimés »⁶⁶⁹.

⁶⁶⁹ Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins, JORF du 3 mars 2000, p. 3378

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Lorsqu'en 1937 les représentants du syndicat des infirmiers-masseurs élaborant un projet de statut de statut légal de la profession y inclure un article 3 ainsi rédigé « [...] *les infirmières et infirmiers de toutes catégories ne peuvent exercer leur profession que sous contrôle médical et sur ordonnance descriptive, qualitative et quantitative dans les conditions prescrites par la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine* » leur idée était de pouvoir obtenir une reconnaissance professionnelle qui, à l'époque, était inexistante. La preuve en est apportée par l'article 9 qui prévoyait que « *Les établissements hospitaliers, charitables, publics, autonomes, privés [...] devront prendre toutes dispositions utiles pour que, dans un délai de trois ans à dater de la promulgation de la présente loi, les soins effectifs donnés aux malades qui leur sont confiés soient exécutés exclusivement par des professionnels pourvus du diplôme d'Etat* ». ⁶⁷⁰ Cet engagement sera renouvelé lors du premier Congrès international du Massage organisé à Paris dans le cadre de l'Exposition universelle de 1937 qui réunit représentants du corps médical et des masseurs médicaux. Il est indéniable que ce serment d'allégeance fut pour beaucoup pour l'individualisation ultérieure de la profession de masseur médical mais il ressemble à s'y méprendre à l'hommage que le vassal rendait à son suzerain. Lorsque la profession de masseur-kinésithérapeute sera officiellement créée les médecins vont se comporter en suzerains assurant à leurs vassaux la possession paisible d'un fief (domaine de compétence) volontairement réduit à la portion presque congrue.

Dans les faits, si les conditions d'études préparatoires au diplôme d'Etat et les conditions d'examen de celui-ci ont subi moult modifications, les réformes de fond, à savoir la reconnaissance d'un domaine de compétence nécessairement plus vaste eu égard au progrès des techniques de soins qui ont considérablement évolué au cours de la deuxième partie du vingtième siècle et un allongement de la durée des études, souhaitées par la profession ne surviendront que très tardivement. C'est ce que nous avons essayé de mettre en lumière dans cette première partie en nous livrant à une analyse minutieusement descriptive, qui pourrait nous être reprochée, des différents textes réglementaires qui se sont succédé entre 1946 et 1980.

Dans la première partie de cette thèse, nous sommes efforcés de démontrer que l'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute a été pendant ces « *trente inglorieuses* » constamment entravée par les diktats du corps médical. Pour aboutir à leurs fins, les médecins

⁶⁷⁰ GISELBRECHT Edouard, Législation-Déontologie, Lois médico-Sociales et Morale Professionnelle, édition à compte d'auteur, deuxième édition, Paris, 1955, p. 22-23

pesèrent de tout leur poids auprès des pouvoirs publics tant par leur représentation sociale⁶⁷¹ que politique. En l'espèce, Didier TABUTEAU relève que « [...] depuis les années 1960, les médecins représentent encore de 4 à 10 % des députés (7 % en moyenne), dépassés pendant cette période par les seuls professeurs et les hauts fonctionnaires [...] En 2002, les professions de santé comptaient soixante-six députés : dix-huit médecins hospitaliers dont sept PU-PH, vingt-quatre médecins, libéraux dont quatorze généralistes et dix spécialistes, huit dentistes, neuf pharmaciens, une sage-femme et six salariés du secteur médical. Quant au ministère de la santé, il revient traditionnellement à un professionnel de santé. Sur le dernier quart de siècle (1984-2009), les fonctions de ministre ou secrétaire d'État directement en charge de la santé ont été, pendant quinze années, assumées par un médecin ou un pharmacien, soit pendant 60 % de la durée de ce mandat gouvernemental [...] »⁶⁷².

Pendant toutes ces années, les vellétés de réforme en matière de formation (allongement des études) ou d'organisation de la profession (création d'un Conseil de l'Ordre) vont être systématiquement vouées à l'échec dans la mesure où la prééminence des médecins, majoritaires au sein du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie, stérilise les propositions des représentants professionnels. Après avoir largement contribué au morcellement du domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes en favorisant la création de nouvelles professions de rééducation (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, etc.) et obtenu la reconnaissance officielle d'une spécialisation de rééducation et réadaptation fonctionnelle qui va leur assurer un contrôle total sur la filière des soins de rééducation, le corps médical va non pas se désintéresser de la masso-kinésithérapie mais relâcher son emprise sur cette dernière.

La multiplication des professions dans le domaine de la rééducation et la volonté des pouvoirs publics d'uniformiser la réglementation de toutes ces professions va faire perdre aux masseurs-kinésithérapeutes comme aux deux autres professions « historiques » que sont les infirmiers, les infirmières et les pédicures-podologues l'appellation générique d'« auxiliaires médicaux » remplacée par « professions paramédicales ». Cependant, il semblerait que cette modification n'est pas été complètement intégrée car aujourd'hui encore dans de très nombreux textes, au premier rang desquels on trouve le Code de la santé publique, l'appellation « auxiliaires médicaux » est toujours employée, ce qui nous fait dire que le

⁶⁷¹ PIERRU Frédéric, « Un mythe bien-fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale », Les Tribunes de la santé 1/2007 (n° 14) , p. 73-83 URL : www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2007-1-page-73.htm. DOI : 10.3917/seve.014.0073.

⁶⁷² TABUTEAU Didier, Les nouveaux défis des professions de santé : Pouvoirs publics et professions de santé, Les tribunes de la santé, n° 26, printemps 2010, p. 119

masseur-kinésithérapeute est certes devenu un « paramédical » mais reste un « auxiliaire médical. En l'espèce, nous ne pouvons-nous empêcher de mettre en exergue une curiosité textuelle relevée dans le Code de la santé publique.

Alors qu'il y a eu un Conseil Supérieur des Professions paramédicales puis un Conseil des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste qui après un court intermède « virtuel » sera remplacé par le Haut Conseil des Professions Paramédicales, à ce jour la quatrième partie de la partie législative du CSP le livre III est toujours intitulé « *Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers* ». Cette appellation semble trempée dans un matériau inoxydable car déjà, lors de l'avènement de la kinésithérapie, la seule terminologie employée pour désigner le groupe des praticiens de santé auquel appartenaient les masseurs-kinésithérapeutes aux côtés des infirmiers, des infirmières et des pédicures était « auxiliaire médical ». Auxiliaire étant défini comme étant une personne qui agit ou qui est utilisée en second lieu à titre de secours mais aussi comme une personne qui aide en apportant son concours. En matière médical, il s'agit d'un technicien qui seconde un technicien plus qualifié (Auxiliaires médicaux, hospitaliers.) Étymologiquement *auxiliaire*⁶⁷³ est un emprunt de la Renaissance (1512) du latin *auxiliaris* (adj.) ou *auxiliarius* (adj. et n.) dérivés de *auxilium* secours issue du radical verbal *augere* (→ augmenter) « croître » et « faire croître », et signifie à l'origine « accroissement de forces, renfort ». Les premiers emplois français sont des latinismes, concernant des troupes envoyées en renfort. C'est au XVII^{ème} siècle que l'adjectif entre dans l'usage général, probablement d'abord dans un contexte juridique puis militaire. Si l'on s'en tient à cette définition, c'est donc juste titre que pendant près de cinquante ans les personnels agissant sur ordre et sous la direction des médecins étaient qualifiés d'auxiliaires médicaux.

À la fin des années 1960, la dénomination paramédicale va être de plus en plus souvent employée. La consultation du dictionnaire Le Grand Robert nous apprend que paramédical, [paramedikal, o] est un adjectif qui, étymologiquement, est né au milieu du XX^e siècle de para- et médical qui désigne « *une personne qui se consacre aux soins, au traitement des malades, sans appartenir au corps médical. Se dit des activités relatives à la santé qui ne dépendent pas directement de la médecine. Les professions paramédicales.* » Le préfixe grec *para* peut marquer l'origine ou l'auteur d'un acte ; il a souvent le sens d'« auprès de » [...]. Il s'est prêté à exprimer la comparaison, puis la différence, prenant finalement la valeur à son

⁶⁷³ Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain Rey, Le Robert, avril 2012

sens premier. En grec, *para* était très souvent employé en composition avec les sens d'« auprès de ». Certains emplois divergents sont d'ailleurs clairs si l'on songe que le français à côté exprime la notion de « proximité ». Au XIX^e et au XX^e siècle, *para* va servir à construire de nombreux termes du vocabulaire médical. Au XX^e siècle devient très productif, avec un second élément emprunté au vocabulaire de la langue courante dans la langue administrative et dans celle de certains milieux professionnels. Le mot *para-médical* en est l'exemple le plus abouti. D'ailleurs, d'un point de vue sémantique, *para* exprime souvent l'idée de contiguïté, de proximité spatiale ou d'appartenance à un domaine proche⁶⁷⁴.

C'est donc l'apparition progressive des nouvelles professions consacrées à la rééducation dans des domaines jusqu'alors inaccessibles aux traitements rééducatifs qui a modifié le regard porté sur le rôle de ces professionnels ainsi que sur leur place par rapport au corps médical. Originellement, les infirmiers, les infirmières puis les masseurs, d'abord médicaux avant de devenir kinésithérapeutes étaient vraiment des auxiliaires médicaux. Les infirmiers et infirmières « généraux » le sont toujours d'ailleurs, car venant apporter aide et assistance aux médecins alors qu'on peut se poser la question pour ceux qui se sont spécialisés, en l'espèce nous pensons particulièrement aux infirmiers et infirmières anesthésistes qui, dans les faits, suppléent le manque de médecins anesthésistes diplômés. Que doit-on penser du rôle propre reconnu à la profession d'infirmier par les textes⁶⁷⁵ et qui renvoie à la notion de compétence de ces professionnels qui dans le cadre de leur rôle propre ont l'obligation, après avoir procédé à l'évaluation des besoins du patient et établi un diagnostic infirmier, de prendre l'initiative et d'organiser la mise en œuvre des soins, accessoirement d'encadrer et de contrôler les aides-soignants et auxiliaires de puériculture dont ils peuvent solliciter la collaboration après s'être assurés de leur compétence du fait de leur formation sans oublier la gestion du dossier de soins infirmiers⁶⁷⁶. L'évolution des soins et des connaissances médicales a permis la différenciation de certaines techniques pratiquées par des professionnels exerçant, certes, sur prescription médicale mais à côté des médecins répondant plus à la qualification de paramédicaux que d'auxiliaires médicaux ce qui se traduira par la définition du massage et de la gymnastique médicale dans le cadre d'une actualisation tardive mais réelle du domaine de

⁶⁷⁴ Cf. supra

⁶⁷⁵ Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier du 16 février 2002, p. 3040 modifié par le Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, JORF du 27 juin 2004, p. 11713

⁶⁷⁶ Articles R.4311-3 à R.4311-5 CSP

compétence porteuse d'espoir pour les professionnels. Cet espoir d'émancipation sera malheureusement annihilé par la publication des conclusions d'un rapport ministériel relatif à « *La problématique de la profession de masseur-kinésithérapeute* », rédigé par deux masseurs-kinésithérapeutes de formation, experts reconnus par leurs pairs dont l'un était devenu un éminent médecin de rééducation fonctionnelle, qui firent preuve en la matière de la plus stricte orthodoxie conservatrice au profit du corps médical.

DEUXIÈME PARTIE - LA PROFESSION DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE : UNE ÉVOLUTION DÉSORMAIS MULTIFACTORIELLE

La quasi-simultanéité de la création d'un corps de cadre en kinésithérapie qui se voit confier la double fonction de transmettre les savoirs professionnels théoriques et professionnels ainsi que l'encadrement des équipes de masseurs-kinésithérapeutes au sein des établissements hospitaliers, des centres de rééducation fonctionnelle et d'une troisième année d'études préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ne doit rien au hasard. Comme nous l'avons évoqué supra les médecins ayant, après bien des difficultés, obtenu la reconnaissance officielle d'une spécialité de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle qui leur assure un entier contrôle de la masso-kinésithérapie et de ses acteurs, du moins en secteur salarié, vont relâcher leur emprise sur cette profession. Comme, par ailleurs, la masso-kinésithérapie a été intégrée au sein du groupe protéiforme des professions paramédicales, son évolution va être essentiellement conditionnée par les règles posées par pouvoirs publics dans le cadre beaucoup plus général de l'harmonisation de la réglementation des professions paramédicales⁶⁷⁷ mais elle va l'être également par un certain nombre de choix sociétaux qu'ils soient politiques ou sociologiques.

En matière de choix politique, ce sont en premier lieu les règles posées par les pouvoirs publics dans le cadre de l'harmonisation de la réglementation des professions paramédicales qui vont dicter en grande partie le processus évolutif de la profession. L'immixtion des règles communautaires en matière de liberté de circulation des personnes et des services et son corollaire la reconnaissance des qualifications professionnelles va venir, en second lieu, bousculer la haute opinion que les masseurs-kinésithérapeutes professaient en matière de formation initiale et de savoirs pratiques.

Les tribulations ayant retardées de longues années la création d'un Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes se situent à la frontière des choix politiques et sociétaux car en la matière il est difficile de faire la part des choses. Pour les tenants de l'institution ordinale celle-ci représente une étape importante dans la reconnaissance officielle d'une profession

⁶⁷⁷ CSP, Quatrième partie : Professions de santé, Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers. Regroupement proposé par Mme Simone VEIL lors de son discours inaugural d'installation du Conseil supérieur des professions paramédicales, dans le but d'assurer une coordination des exercices et des formations initiales.

réglementée car si un Ordre professionnel « [...] ne constitue pas un établissement public, il concourt au fonctionnement dudit service ⁶⁷⁸ » ainsi qu'en matière d'indépendance professionnelle. L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes aura été pendant des décennies la victime de choix politiques le plus emblématique étant, en 1997, la décision purement idéologique de Monsieur Bernard KOUCHNER qui dès sa désignation comme Secrétaire d'Etat à la Santé va suspendre sine die les premières élections du Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

En matière de choix sociétaux si l'on excepte la lente émergence d'une nouvelle profession bicéphale⁶⁷⁹, que les masseurs-kinésithérapeutes ont largement contribué à promouvoir, en la personne de l'ostéopathie et de la chiropraxie, deux professions qui pour l'instant ne sont pas (encore) reconnues comme des professions de santé mais relatives à la santé⁶⁸⁰, l'exemple emblématique est la perte du monopole du massage que la loi leur avait confié. Les subtilités sémantiques relatives au modelage sont un nouvel exemple qui nous est donné des contorsions intellectuelles dont peuvent être capables les pouvoirs publics apporter une réponse à un problème qu'une incurie gouvernementale à laisser perdurer au point de le rendre insoluble.

Les événements de 68 et la décennie qui a suivi ont été porteurs d'une véritable révolution des mœurs issue de la « beat generation »⁶⁸¹ et de la contre-culture des communautés californiennes et s'ils ne sont pas à l'origine de la révolution sexuelle et de la libération des mœurs, ils ont largement contribué à en assurer la promotion⁶⁸². Pour comprendre le retentissement de mai 1968, Martine FOURNIER nous explique que, comme l'a écrit Patrick

⁶⁷⁸ CE Ass. 31 juillet 1942, MONPEURT, Rec. 239 ; CE Ass. 2 avril 1943, BOUGUEN, Rec. 86

⁶⁷⁹ Article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaissant les titres d'ostéopathe et de chiropracteur sans en organiser l'exercice. Ce sera chose en 2007 pour l'ostéopathie (Décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation, JORF du 27 mars 2007, p. 5665) et en 2011 pour la chiropraxie (Décret n° 2011-32 du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropraxie, JORF du 09 janvier 2011, p. 544).

⁶⁸⁰ CE, n° 304478, 23 janvier 2008, inédit au recueil Lebon

⁶⁸¹ Mouvement littéraire et culturel américain qui a regroupé durant les années 1950-1960 des jeunes, des écrivains, des artistes peintres etc. adeptes de la contre-culture issue de traditions libertaires et individualistes nées aux États-Unis dès le XIXème siècle. Très peu politisée, ce mouvement prétend s'inspirer de la doctrine bouddhiste. Il va rapidement susciter une émulation au sein d'une partie de la jeunesse européenne. Source : dictionnaire Larousse

⁶⁸² FOURNIER Martine, « Mai 1968 et la libération des mœurs », Qui sommes-nous ? Les âges de la vie bouleversés, Sciences humaines, mensuel n° 193, mai 2008, p. 20

ROTMAN⁶⁸³ il faut associer trois éléments. Le premier est la délimitation temporelle de ces événements qui ne durèrent que huit spectaculaires semaines (mai et juin 1968). Le second est constitué par la période d'une douzaine d'années qui les précède et les replace dans le prolongement des années mille neuf cent soixante qui peuvent être considérées comme l'épicentre d'une grande mutation culturelle et sociale. Enfin, le troisième élément à prendre en compte est le contexte international politique et culturel très particulier des sixties (expansion économique et sociale se traduisant par une forte progression du pouvoir d'achat et des biens de consommation qu'on a coutume d'appeler « les Trente glorieuses », mais aussi refus de la guerre du Vietnam). C'est également à cette époque que les premières générations du baby-boom accèdent de plus en plus nombreuses à l'université (en dix ans il y aura plus de trois fois plus d'étudiants inscrits (1958 : 150 000, 1968 : 500 000).

Mai 1968 va être « *un formidable accélérateur des mutations à l'œuvre depuis une dizaine d'années* ». Tout un courant disparate à tendance libertaire, symbolisé par les maoïstes et autres trotskistes va s'attaquer à la rigueur morale et des institutions, en place à l'époque, au nom de la libération du désir et de l'épanouissement des individus. De cette contestation qui se voulait permanente est née la libération des corps et la remise en cause des normes sexuelles. Cette contre-culture va également être à l'origine de la remise en cause du pouvoir médical et de l'apparition d'un intérêt pour les médecines douces orientales. Ce n'est pas un hasard si c'est en 1968 qu'est né le Mouvement de Libération des Femmes (MLF) qui va avoir un impact majeur sur la libération des mœurs et les transformations sociales de la fin du XXe siècle avec la volonté expressément affichée du « jouir sans entraves » des étudiants de mai 1968, à désintégrer les tabous ancestraux relatifs au corps féminin en particulier et au corps en général. Ces bouleversements en entraîneront d'autres qui seront transcrits dans la loi. Divorce, union libre, droit à la sexualité pour les jeunes, homosexualité revendiquée, Pacte civil de solidarité (PACS)⁶⁸⁴, mariage pour tous⁶⁸⁵, autant de bouleversements sociétaux ayant pour origine les événements de mai 1968 qui auront joué le rôle de violent catalyseur en brisant les tabous d'un archaïque ordre.

Ces bouleversements vont indirectement avoir des effets délétères sur l'exercice de la masso-kinésithérapie. L'émergence d'une morale du consentement fondée sur l'autonomie

⁶⁸³ ROTMAN Patrick, mai 1968 raconté à ceux qui ne l'ont pas vécu », Seuil éd., 2008

⁶⁸⁴ Loi n° 99-944 du 15 novembre 1999 relative au pacte civil de solidarité, JORF du 16 novembre 1999, p. 16959

⁶⁸⁵ Loi n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe, JORF du 18 mai 2013, p. 8253

individuelle en facilitant la dissociation entre le sexe-procréateur et le sexe-plaisir a provoqué une désacralisation de la nudité et de la sexualité⁶⁸⁶. Cette libéralisation des mœurs va inciter un nombre de plus en plus important d'individus à se lancer dans une quête de massages bien-être ou de confort en étant tour à tour les bénéficiaires ou les dispensateurs. Bardés de la certitude qu'en dehors d'eux point de massages, les masseurs-kinésithérapeutes isolés dans leur tour d'ivoire du geste thérapeutique remboursé par l'Assurance maladie ne verront pas ou ne voudront pas voir cette évolution. La nature ayant horreur du vide, les adeptes du bien-être vont s'empresse d'investir ce secteur commercial qui s'annonce lucratif. Les esthéticiennes seront les premières à revendiquer cette pratique. Elles seront aussi les premières à subir les foudres de la justice qui prononcera de multiples condamnations pour exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute à leur encontre. Cependant, il en est de la jurisprudence comme des mœurs, elle évolue et en l'espèce ce sera en leur en établissant progressivement une distinction entre le massage thérapeutique et les massages esthétiques ou de confort ce qui incitera le législateur à officialiser en 2005 la notion de modelage à visée esthétique⁶⁸⁷. Bientôt, s'engouffrant dans la brèche désormais ouverte d'autres, s'autoproclamant « masseurs bien-être » vont mettre à profit cette libéralisation d'une technique qui, hier leur était interdite et exploiter à leur profit le processus de marchandisation du corps humain en alliant un certain savoir-faire à un réel faire-savoir. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à consulter la presse qu'elle soit écrite, télévisuelle, audiovisuelle ou bien effectuer une recherche sur Internet à partir du mot-clef « massages ». Force est de constater que l'engouement pour ces techniques teintées du charme sournois et quelque peu vénéneux d'un certain orientalisme est une réalité qu'on ne peut occulter et qui ne se dément pas. « *Volens nolens* » ces deux facettes du massage sont désormais obligées de cohabiter même si, à ce jour, bien peu de masseurs-kinésithérapeutes ont pris conscience qu'ils ne possèdent plus l'exclusivité d'une technique avant-hier profane et empirique, hier médicalisée et qui aujourd'hui semble avoir durablement retrouvé sa finalité originelle à savoir « soigner » mais également « prendre soin »⁶⁸⁸.

L'attitude et le comportement des masseurs-kinésithérapeutes vont également peser lourdement sur l'évolution de leur profession. Alors que la très vieille revendication d'un

⁶⁸⁶ LEONHARD Julie, « Les massages : jeux de mains, jeux de vilains, regards du droit sur l'art du toucher ». Mélanges en l'honneur de Marie-France CALLU, LexisNexis, avril 2013, p. 225

⁶⁸⁷ Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, JORF du 3 août 2005, p. 12639

⁶⁸⁸ LEONHARD Julie, cf. supra, p. 246

Ordre professionnel, après bien des vicissitudes, va aboutir au début des années 2000, le clivage entre masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux va s'exacerber et mettre en danger l'évolution de la profession vers l'obtention d'une totale indépendance organisationnelle. Deux mondes vont s'opposer. D'un côté celui de la majorité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux attachés à prendre en main l'organisation et les destinées de leur profession ainsi qu'à édicter un code de déontologie. De l'autre la minorité des salariés qui ne se reconnaissent pas dans cette revendication attachés qu'ils sont à la notion d'agents du service public hospitalier. Manipulés par les grandes centrales syndicales (FO, CGT, CFDT, SUD) leur farouche opposition à l'institution ordinale aura pour conséquences la suppression des épreuves de mise en situation professionnelle qui représentaient une part prépondérante des épreuves pratiques de l'examen du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. En l'espèce, dans ce jeu de rôles, nous pouvons affirmer comme le fit il y a quelques années Carlo CIPOLLA⁶⁸⁹, qu'il y a eu des « stupides » et des « crétins ». Ironiquement, cet historien de l'économie italien différence les uns des autres en démontrant que le « stupide » joue perdant-perdant et abuse toujours du « crétin », ce dernier jouant perdant-gagnant. En reprenant la classification de CIPOLLA le rôle du « stupide » sera sans contestation possible attribuée aux grandes centrales syndicales qui manipulèrent le désarroi des masseurs-kinésithérapeutes salariés, peu ou prou informés en la matière et firent étalage de leur faculté de nuire rendue d'autant plus redoutable par la position de pouvoir qu'elles occupent au sein de la fonction publique en général et de la fonction publique hospitalière en particulier. Ainsi que l'énonce l'auteur précité, la nuisance du « stupide » est proportionnelle au pouvoir qu'il détient. Aux masseurs-kinésithérapeutes salariés bernés « à l'insu de leur plein gré » par les promesses démagogiques des syndicats est dévolu le rôle du « crétin » qui, comme l'écrivait la plume trempée dans le vitriol de cet auteur à l'humour « so british », a pour caractéristique d'ignorer « [...] en général à quel point les gens stupides sont dangereux. Rien d'étonnant à cela : ce n'est qu'un signe de plus de leur crétinerie. ». Ce mouvement de contestation fut une véritable aubaine pour toutes celles et tous ceux qui, à quelque niveau que ce soit, souhaitaient la disparition des Ordres des professions de santé. Il leur servit de fondement pour « assassiner » dans les règles l'ordre infirmier.

Cependant, l'institution ordinale après quelques attermoissements qui furent autant de péchés de jeunesse a su, progressivement, faire la preuve de son efficacité et de sa capacité à mobiliser la profession pour défendre son existence. Ayant fédéré autour d'elle l'immense majorité de

⁶⁸⁹ CIPOLLA Carlo M., « Les lois fondamentales de la stupidité humaine », PUF, 1976

la profession⁶⁹⁰ c'est grâce à elle que la profession a très récemment obtenue des avancées majeures en obtenant simultanément une reconnaissance universitaire des études préparatoires au diplôme d'Etat, ces dernières étant portées à quatre années, la sélection s'effectuant à l'issue d'une première année universitaire (PACES, STAPS, STC) et la réécriture de l'article L.4321-1 CSP qui traduit une évolution qui traduit la nécessaire adaptation de l'offre de soin aux grands enjeux sanitaires actuels. La profession a l'absolu nécessité de s'inscrire dans le mouvement d'élargissement du champ de ses compétences en réponse à la dynamique de redéfinition de l'offre de soins pour pouvoir, à terme, devenir une profession de santé de niveau intermédiaire dotée de missions spécifiques qui lui auront été imparties comme c'est déjà le cas pour les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes.

Néanmoins, du fait de certaines options prises par les pouvoirs publics l'avenir de la profession s'annonce incertain du moins dans sa forme actuelle. Il semblerait que l'accent soit mis sur la prévention des principaux maux affectant la population (sédentarité, obésité, douleurs chroniques). En institutions (services hospitaliers, centres de rééducation fonctionnelles, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) interviennent depuis peu des professionnels titulaires d'un diplôme universitaire d'activités physiques adaptées⁶⁹¹

À partir des années 1990, compte tenu des éléments que nous venons d'évoquer, l'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute à partir va être protéiforme ce qui va conditionner la forme de notre analyse nécessairement moins descriptive que dans la première partie de ce travail. Dans cette deuxième partie, nous allons nous efforcer de démontrer que la profession de masseur-kinésithérapeute a été confrontée à double processus évolutif lié d'une part à des choix politiques (I) et d'autre part à de choix sociétaux (II).

⁶⁹⁰ Au 1er juin 2015, 93.20% (81533) des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et salariés en exercice étaient inscrit(e)s au tableau de l'Ordre

⁶⁹¹ Arrêté du 23 avril 2002 relatif aux études universitaires conduisant au grade de licence, JORF du 30 avril 2002, p.7821 ; Arrêté du 12 octobre 2006 modifiant l'arrêté du 16 décembre 2004 portant sur la liste des diplômes, titres à finalité professionnelle et certificats de qualification ouvrant droit à l'enseignement, l'animation ou l'encadrement des activités physiques et sportives ou à l'entraînement de ses pratiquants, conformément à l'article L. 363-1 du code de l'éducation, JORF du 08 novembre 2006, p. 16776

TITRE I - UNE EVOLUTION ESSENTIELLEMENT LIEE A DES FACTEURS EXTERNES

Libérée pour l'essentiel de la tutelle médicale, l'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute va principalement s'inscrire dans l'harmonisation de la réglementation des professions paramédicales voulue par les pouvoirs publics français, désireux de doter l'ensemble des professions paramédicales d'une organisation et de règles communes. Elle va devoir aussi évoluer du fait de l'intrusion des règles communautaires dans notre droit interne en matière de reconnaissances des qualifications professionnelles et de libre circulation des personnes et de services.

CHAPITRE I - UNE ORGANISATION COMMUNE AUX DIFFERENTES PROFESSIONS PARAMEDICALES

L'inclusion de la profession de masseur-kinésithérapeute dans la nébuleuse des professions paramédicales va se traduire par la disparition du Conseil supérieur de la kinésithérapie auquel va être substitué le Conseil supérieur des professions paramédicales à partir de 1973⁶⁹² lui-même remplacé en 1999, par un Conseil des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste⁶⁹³ qui n'aura eu qu'une existence virtuelle avant de se voir supplanter par le haut conseil aux professions paramédicales. Ces instances se révéleront peu satisfaisantes du fait de la complexité de leur organisation liée au fait qu'elles sont représentatives d'un corpus professionnel hétéroclite. Le régime des études va également être impacté par certains choix politiques au premier rang desquels il nous paraît impossible d'ignorer la mise en place des quotas d'admission en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute d'autant plus que cette mesure, qui perdure encore contre vents et marées a elle-même été à l'origine d'un processus d'exode relativement important de jeunes français (e) s vers différents États membres de l'Union européenne pour y effectuer leurs études de masso-kinésithérapie au sein d'universités délivrant des diplômes universitaires de niveau Licence ou Master.

⁶⁹² Décret n°73-901 du 14 septembre 1973 créant un conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 20 septembre 1973, p. 10198

⁶⁹³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article 71, JORF du 5 mars 2002, p. 4118

Paragraphe 1 Un instance paramédicale pour un corpus professionnel hétéroclite

Inéluctablement le Conseil Supérieur de la Kinésithérapie était voué à disparaître du fait de l'œuvre d'harmonisation des règles d'organisation et de fonctionnement régissant les différentes professions paramédicales voulue par les pouvoirs publics.

1. Le Conseil supérieur des professions paramédicales : une organisation aussi complexe que sa mise en œuvre

Initialement voulu par Marie-Madeleine Dienesch⁶⁹⁴, le Conseil supérieur des professions paramédicales (CSPP) va être créé en 1973⁶⁹⁵ sous l'égide de Michel Poniatowski⁶⁹⁶. La séance inaugurale du CSPP aura lieu le 7 avril 1975 présidée par Madame Simone VEIL⁶⁹⁷, ministre de la santé.

Une large majorité des masseurs-kinésithérapeutes va vivre cette disparition comme un véritable camouflet et une atteinte à la souveraineté et à la pérennité de leur profession. Cependant, ce qui à l'époque a représenté un véritable tsunami⁶⁹⁸ pour la profession était inéluctable car si la profession de masseur-kinésithérapeute à quelque peu évoluer, dès le début des années 1960, elle a dû s'accommoder de la présence non désirée, comme nous l'avons évoqué supra, de différentes professions de la rééducation.

Les masseurs-kinésithérapeutes étaient très attachés au Conseil supérieur de la kinésithérapie, le considérant comme un organe de pouvoir qui leur appartenait en propre⁶⁹⁹ même s'il

⁶⁹⁴ DIENESCH Marie-Madeleine (1914-1998), femme politique française, députée des Côtes d'Armor de 1945 à 1981, a occupé de nombreux postes dans la diplomatie mais aussi comme secrétaire d'Etat. Secrétaire d'Etat à l'Assistance sociale et à la Réadaptation (juillet 1968 – mai 1974).

⁶⁹⁵ Décret n°73-901 du 14 septembre 1973, créant un conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 20/09/1973

⁶⁹⁶ PONATOWSKI Michel (1922-2002), homme politique français d'origine polonaise, proche collaborateur de Valéry Giscard d'Estaing, ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale de 1973 à 1974, ministre d'Etat, ministre de l'Intérieur de 1974 à 1977.

⁶⁹⁷ VEIL Simone (1927-), femme politique française, ministre de la santé du 28 mai 1974 au 4 juillet 1979 puis du 31 mars 1993 au 11 mai 1995. Auteur de la loi éponyme promulguée le 17 janvier 1975, dépénalisant le recours pour les femmes à l'interruption volontaire de grossesse. Présidente du Parlement européen de juillet 1979 à janvier 1982

⁶⁹⁸ Tsunami : étymologie 1915; transcription d'un mot japonais, de tsu « port » et nami « vague », Raz de marée, sur les côtes du Pacifique. Par analogie : Vague sismique. Dictionnaire de la langue française, Le Grand Robert, édition numérique, 2014

⁶⁹⁹ Nous avons vu ce qu'il en était réellement dans la première partie de ce travail !

reconnaissait que du fait d'une présentation minoritaire leur voix était écoutée d'une oreille distraite mais rarement entendue. Leur désarroi et leur irritation face à cette mesure furent comparables à la réaction d'une large part du corps médical qui eut beaucoup de mal à faire son deuil de la perte du secret médical lorsqu'en 1994, l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal lui substitua le secret professionnel. Si le corps médical a été en matière de secret professionnel dans le déni en occultant cette évolution jurisprudentielle, il en fut de même pour les masseurs-kinésithérapeutes qui refusèrent de prendre en compte les conséquences liées à l'apparition des nouvelles professions investissant le champ de la rééducation.

Après avoir dû accepter à contrecœur et seulement par la contrainte des pouvoirs publics la cohabitation avec de nouvelles professions empiétant largement sur leur domaine de compétence qu'ils croyaient, à l'instar du massage, protégé par la loi du 30 avril 1946 ils durent admettre la disparition de Leur Conseil, lieu où ils pensaient que leurs représentants pouvaient exprimer leurs souhaits et doléances. Sa dilution dans un organisme regroupant douze professions⁷⁰⁰, dont plusieurs (ergothérapie, psychorééducation et à un moindre degré orthophonie) étaient vécues à l'époque comme spoliatrices.

On peut comprendre cette réaction. Le CSK était né avec la loi du 30 avril 1946. Depuis cette date il accompagnait la profession. En quelque sorte il faisait partie intégrante de l'héritage « culturel » de la profession même si, comme nous l'avons démontré supra les représentants professionnels n'avaient que peu ou prou de pouvoirs. Mais, si on dépassionne le débat et que l'on aborde la question de manière objective et impartiale, les pouvoirs publics de connivence avec le corps médical ont profité de l'apparition des nouvelles professions dans le domaine de la rééducation pour les organiser d'une manière homogène et ce faisant en pouvant mieux les contrôler tant leur formation professionnelle que leurs modes d'exercice. Cette volonté des services ad hoc du ministère de la santé se concrétisera par leur intégration au sein du livre IV, titres II et suivants du Code de la Santé Publique.

Le CSPP regroupe les professions de soins, de rééducation, les techniciens d'exploration fonctionnelle, les professions à caractère partiellement commercial comme les prothésistes dentaires ou les lunetiers-opticiens. C'est un organisme consultatif paritaire représentatif de l'ensemble des professions paramédicales réglementées par le Code de la Santé Publique dont

⁷⁰⁰ Arrêté du 09 mai 1974 fixant la liste des commissions constituant le conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 22 mai 1974, p. . Article 1er « *La liste des commissions constituant le conseil supérieur des professions paramédicales est la suivante : audioprothésistes, ergothérapeutes, infirmier(e)s, laborantins d'analyses médicales, manipulateurs d'électroradiologie, masseurs-kinésithérapeutes, opticiens-lunetiers, orthophonistes, pédicures, puéricultrices, psychorééducateurs.* »

la mission est d'émettre, sur demande du ministre de la santé, des avis sur les questions intéressant l'exercice de ces professions, l'enseignement organisé en vue de l'obtention de diplômes, titres et certificats délivrés par le ministre de la santé en vue de l'exercice d'une profession de santé autre qu'une profession médicale et sur toutes autres questions intéressant une ou plusieurs professions paramédicales. En outre, il exercera les attributions dévolues par l'article 4 de l'arrêté du 22 mars 1947 à la commission centrale créée au ministère chargé de la santé publique pour l'application des dispositions des articles 5 et 13 de la loi du 8 avril 1946 relative à l'exercice de la profession d'infirmier et d'infirmière.

Il comprend une commission, compétente pour les questions concernant l'exercice de la profession à laquelle elle correspond et l'enseignement préparant à cette profession lorsque celui-ci relève du ministère de la santé publique. Cette disposition vise notamment les orthophonistes et les psychorééducateurs dont l'enseignement est sous la double tutelle des ministères de l'enseignement et de la santé publique.

Le mode de fonctionnement de chaque commission est précisé avec soin⁷⁰¹, même si une certaine liberté lui est laissée puisque chaque commission doit établir son propre règlement intérieur. Chacune d'entre elles peut se réunir en commission plénière, en section d'exercice ou en section d'enseignement. Les membres de chaque commission sont répartis par moitié entre section d'exercice et section d'enseignement. Lorsque la commission est consultée sur un problème relatif aux conditions d'admission dans les écoles, le déroulement des études ou des examens, il lui est adjoint, avec voix consultative uniquement, des étudiants en nombre égal à la moitié des représentants de la profession concernée.

Il est également prévu que le CSPP pourra comprendre des commissions correspondant à des professions paramédicales non réglementées, soumises aux mêmes règles que les précédentes. Chaque commission est composée en nombre égal de membres appartenant à trois catégories (administration et organismes intéressés à l'exercice de la profession, médecins intéressés à la profession en cause (éventuellement des pharmaciens pour la commission des laborantins d'analyses médicales), représentants de la profession concernée).

⁷⁰¹ A l'article 2 du décret, il est précisé que la commission compétente pour les infirmier(e)s exerce les attributions dévolues au conseil de perfectionnement des études d'infirmiers et d'infirmières et que lorsque qu'il s'agit d'une profession dont l'exercice comporte habituellement la délivrance de prothèses, la compétence de la commission ne s'applique pas aux questions d'ordre commercial.

Les avis rendus par les différentes commissions le sont après un large processus démocratique. Sur chaque demande d'avis, il est d'abord procédé à un vote par catégorie de membres puis un vote de l'ensemble de la formation. Une divergence de vues persistante entre les catégories impose que le procès-verbal fasse mention du vote exprimé par chacune d'elles. Le CSPP peut se réunir en assemblée plénière comprenant l'ensemble des commissions, en groupe de plusieurs commissions, en commission plénière pour une profession déterminée ou en sections réunies. Dans ce dernier cas, l'ensemble ou plusieurs des sections d'enseignement ou bien l'ensemble ou plusieurs des sections d'exercice.

On peut comprendre la volonté des pouvoirs publics de regrouper administrativement des métiers ayant des dénominateurs communs amis en harmonisant les règles d'organisation, de fonctionnement ainsi que celles relatives aux études et aux diplômes les sanctionnant. Mais cette détermination ne va pas aller sans poser de nombreux problèmes liés à la multiplicité des facteurs différenciant ces professions entre elles. Les pratiques, si elles ont un dénominateur commun, à savoir traiter les déficiences et ainsi réduire les incapacités des patients⁷⁰² ont des champs d'intervention très différents, car de plus en plus spécialisés. À cela viennent se surajouter des motifs d'ordre économique, politique et de formation.

Il est indéniable que les masseurs-kinésithérapeutes ont beaucoup perdu en la matière car ils ont dû se fondre dans la mouvance des métiers de la rééducation et ce au moment où ils pensaient obtenir un élargissement de leur champ d'action. Chaque profession paramédicale a ses propres problématiques tenant compte de son mode d'exercice, de son environnement économique. Le fait que quelques professions (orthophonie, psychomotricité) soient sous une double tutelle va complexifier le problème et entraver le déroulement de l'homogénéisation souhaitée.

Pour harmoniser les travaux de ce qui pourrait rapidement se transformer en une « usine à gaz »⁷⁰³ un comité restreint, présidé par le directeur général de la santé ou son représentant coordonne les travaux des commissions lorsqu'ils intéressent plusieurs ou l'ensemble des professions paramédicales se réunira, sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres, au moins une fois par an. Un arrêté ultérieur fixera les modalités de désignation du ou des membres que chaque commission doit désigner pour y siéger. Cela

⁷⁰² Organisation Mondiale de la Santé : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, 22 mai 2001

⁷⁰³ Usine à gaz : expression qui, après s'être employé pour désigner un appareil compliqué ou jugé tel [...] est devenu usuel pour « opération exagérément compliquée, complications inutiles » (années 1960) ; Dictionnaire de la langue française, sous la direction d'Alain Rey, Le Robert, avril 2012

n'empêchera pas que les débuts d'activité du CSPP vont être caractérisés par un petit nombre de réunions. In fine, c'est essentiellement dans le secteur de la formation que son action sera la plus prégnante. À titre transitoire, les organismes représentatifs antérieurement constitués⁷⁰⁴ continueront à fonctionner suivant les règles en vigueur antérieurement à la publication du présent décret jusqu'à la date de constitution du CSPP, le mandat de leurs membres étant prorogés jusqu'à cette même date.

Quelques mois plus tard⁷⁰⁵, la liste et la composition des commissions constituant le conseil supérieur des professions paramédicales sont publiées. Elles sont au nombre de douze : audioprothésistes, ergothérapeutes, infirmiers et infirmières, laborantins d'analyses médicales, manipulateurs d'électroradiologie, masseurs-kinésithérapeutes, opticiens-lunetiers, orthophonistes, pédicures, puéricultrices, psychorééducateurs ». Lorsqu'on s'intéresse à la réglementation en matière de CSPP, la consultation de Légifrance⁷⁰⁶ peut effrayer, puisqu'on en dénombre 354, mais en fait moins de 3 % sont relatifs aux règles de fonctionnement. L'immense masse des autres arrêtés consiste en des mesures nominatives !

Le décret du 3 janvier 1979⁷⁰⁷, abrogeant les articles un à sept du précédent décret reprend de manière plus condensée les précédentes dispositions, rendant le texte plus lisible. Une modification importante est à signaler. Désormais, la présidence n'est plus assurée par le Secrétaire d'Etat auprès du ministre chargé de la santé publique mais par le ministre lui-même. Le fonctionnement des commissions est précisé. Par exemple, chaque commission doit dresser la liste des questions qui seront examinées en son nom par un comité restreint dont elle fixe la composition. Est également modifiée la représentation des étudiants lorsque la commission est consultée sur une question relative aux études ou au diplôme d'Etat. De la moitié des membres de la commission le nombre est ramené à un tiers. En 1999⁷⁰⁸, on ne parle plus d'étudiants mais de représentants des professionnels en formation dont la

⁷⁰⁴ Conseil supérieur de la kinésithérapie, conseil supérieur de la pédicurie, conseil supérieur des infirmiers et des infirmières, conseil de perfectionnement des études d'infirmiers et d'infirmières, commission de contrôle général des études et des stages de puéricultrice, conseil de perfectionnement des études de laborantin d'analyses médicales, conseil de perfectionnement des études de manipulateur d'électroradiologie, conseil de perfectionnement des études d'ergothérapeute.

⁷⁰⁵ Arrêté du 09 mai 1974 fixant la liste des commissions constituant le conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 22 mai 1974, p. 5582-5586

⁷⁰⁶ <http://www.legifrance.gouv.fr/initRechTexte.do>

⁷⁰⁷ Décret n°79-27 du 3 janvier 1979 modifiant le décret n° 73-901 du 14 septembre 1973 créant un conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 13 janvier 1979, p. 111

⁷⁰⁸ Décret no 99-797 du 9 septembre 1999 modifiant le décret no 73-901 du 14 septembre 1973 créant un Conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 16 septembre 1999, p. 13847

représentation sera réduite à un cinquième des membres appartenant à la profession. De 50 % en 1973 on est arrivé à 20 % un quart de siècle plus tard. Que faut-il en penser ?

Il nous semble important de mettre cette involution en parallèle avec le changement de terminologie adopté par les pouvoirs publics. Il ne nous semble pas anodin de constater qu'en réduisant explicitement à la portion congrue de la représentation des étudiants au sein de cet organisme lorsqu'il est consulté sur des questions relatives aux études et au diplôme d'Etat est associée l'abandon de la référence implicite aux études supérieures avec la substitution du mot étudiants par la formule « professionnels en formation », ce qui n'est pas exactement la même chose.

Si on consulte un dictionnaire faisant autorité en la matière⁷⁰⁹ la nouvelle terminologie renvoie à la formation professionnelle définie comme étant l'acquisition d'un ensemble de connaissances théoriques et pratiques dans une technique, un métier alors qu'étudiant est une personne qui fait des études supérieures, suit les cours d'une université, d'une grande école ou la préparation à ces cours. Cette constatation prend tout son relief aujourd'hui où la réforme des études paramédicales, et plus particulièrement celles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute semble au point mort et qu'aussi bien la réingénierie des études et leur universitarisation paraissent s'éloigner chaque jour davantage.

In fine, l'absentéisme aurait-il été source de difficultés ? Désormais il est expressément précisé que les commissions ne pourront valablement se prononcer, à la majorité des présents, que si la moitié au moins de leurs membres sont présents. Un arrêté du 8 février 1982⁷¹⁰ crée la commission permanente interprofessionnelle dont la composition sera fixée par l'arrêté du 8 février 1982. La commission sera composée de dix-neuf membres, désignés par le ministre de la santé, exerçant effectivement une profession relevant de la compétence de ce conseil. Sept de ces membres le sont sur proposition des grandes centrales syndicales (CGT, FO, CFDT, CFTC, CGC, FEN, SNCH). Douze membres représentent chacune des commissions spécialisées, élus respectivement par les membres professionnels de chacune d'elles.

Siègent aussi au sein de cette commission, onze membres appartenant à l'administration, aux organismes intéressés et au corps médical, à savoir, les ministres de la solidarité nationale, de l'éducation nationale, de la formation professionnelle ou leurs représentants, le directeur des hôpitaux ou son représentant, un médecin inspecteur régional de la santé, deux médecins

⁷⁰⁹ Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain Rey, Le Robert, avril 2012

⁷¹⁰ Arrêté du 8 février 1982 Conseil supérieur des professions paramédicales : Commission permanente interprofessionnelle, JORF du 12 février 1982, numéro complémentaire, p. 1657

appartenant à la CSMF et à la FMF (désignés dans les mêmes conditions que ceux du collègue professionnel) ainsi que trois médecins désignés par le ministre de la santé en raison de leur compétence. À compter de ce jour, les commissions sont constituées, outre le président, par « [...] *des membres appartenant à la profession, et en nombre au plus égal, des membres appartenant aux administrations et aux organismes intéressés par l'exercice de la profession, des médecins [...]* ».

Au cours du second trimestre de l'année 1995 la composition des différentes commissions du Conseil supérieur des professions paramédicales va être fixée avec précision ainsi que les organismes représentés⁷¹¹.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, le nombre de représentants de la profession est fixé à seize désignés par le ministre chargé de la santé, sur propositions respectives de leurs organisations d'appartenance. En l'espèce, il s'agit des grandes centrales syndicales ouvrières (1 membre chacune) : Fédération de la santé et de l'action sociale Confédération générale du travail (C.G.T.), Fédération des personnels des services publics et des services de santé Force ouvrière (F.O.), Fédération nationale des syndicats des services de santé et des services sociaux Confédération française démocratique du travail (C.F.D.T.), Fédération française nationale des syndicats chrétiens des personnels actifs et retraités des services de santé et services sociaux - Confédération française des travailleurs chrétiens (C.F.T.C.), Fédération française santé et action sociale Confédération française de l'encadrement C.G.C. (C.F.E.-C.G.C.), Syndicat national des cadres hospitaliers (S.N.C.H.), Fédération nationale autonome (F.N.A.) auxquels viennent se joindre des organisations professionnelles représentant les masseurs-kinésithérapeutes libéraux : Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (F.F.M.K.R.) dotée de cinq membres et du Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (S.N.M.K.R.) qui, du fait de sa plus faible représentation n'a que trois représentants ainsi que l'Union nationale des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs handicapés visuels (un membre). À ce groupe il faut ajouter quatre membres appartenant à la profession désignée par le ministre chargé de la santé en raison de leur compétence, dont un directeur ou directeur technique d'institut de formation en masso-kinésithérapie et un formateur participant à des formations universitaires.

⁷¹¹ Arrêté du 10 mai 1995 fixant la composition des commissions du Conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 16 mai 1995, page 8208

Les seize membres représentant l'administration, les organismes intéressés et le corps médical sont : le directeur général de la santé (président de la commission), le directeur des hôpitaux, le directeur de la Sécurité sociale ou son représentant, le directeur de l'action sociale, les ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la jeunesse et des sports ou leurs représentants respectifs. In fine siégeront également un médecin inspecteur régional de la santé, un représentant de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris (A.P.-H.P.) désigné par son directeur général, un représentant de la Croix-Rouge française (C.R.F.) désigné par son directeur général, un représentant de la Fédération hospitalière de France (F.H.F.), un représentant de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif (F.E.H.A.P.), quatre médecins désignés par le ministre chargé de la santé, sur propositions respectives de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), de la Fédération des médecins de France (FMF), de la Fédération française des médecins généralistes (M.G. France) et du Syndicat des médecins libéraux (SML) et un médecin désigné par le ministre chargé de la santé en raison de sa compétence.

Lorsqu'on prend connaissance de la composition de cette commission deux remarques doivent être faites. Alors que la très grande majorité des masseurs-kinésithérapeutes exercent en libéral⁷¹² sur les seize membres de la commission représentant la profession on compte huit représentants libéraux (FFMKR et SNMKR), sept salariés (CGT, FO, CFDT, CFTC, CFE – CGC, SNCH et FNA) auxquels on peut associer le représentant des masseurs-kinésithérapeutes déficients visuels. Il y a donc une parité presque parfaite entre les libéraux et les salariés, ce qui nous oblige à conclure que l'exercice salarié de la profession est surreprésenté au sein de cette structure devant représenter la profession et servir d'interface vis-à-vis des pouvoirs publics. Il n'est pas inintéressant de faire une comparaison avec la commission des infirmières et infirmiers dont la section professionnelle est composée de 23 membres, ce qui semble logique dans la mesure où le groupe professionnel infirmier est beaucoup plus nombreux par rapport à celui des masseurs-kinésithérapeutes. L'exercice professionnel de cette profession est très majoritairement salarié (environ 88 %) très loin devant l'exercice libéral (12 %). Au sein de cette section professionnelle cela se traduit par 19 représentants du secteur salarié et seulement 5 pour le secteur libéral soit un rapport de 82,61 % / 17,39 % ce qui est presque conforme à la réalité du terrain. Par comparaison, si on appliquait ce ratio à la représentation des masseurs-kinésithérapeutes on obtiendrait entre 12 à 13 représentants libéraux pour 2 à 4 représentants des salariés.

⁷¹² La proportion de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en secteur libéral est proche de 80%

Cette surreprésentation du monde salarié va encore être « aggravée » par le poids de l'hospitalisation publique et privée au sein du collège de l'administration et des organismes intéressés puisqu'à côté des représentants des pouvoirs publics va siéger l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, la Croix-Rouge française, la Fédération hospitalière de France et un représentant de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif. À la décharge des pouvoirs publics, il faut reconnaître, qu'à l'époque, hormis l'Union nationale des professionnels libéraux (UNAPL)⁷¹³, aucune structure n'existait qui aurait pu représenter la partie libérale de la profession de masseur-kinésithérapeute. Il faudra attendre la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ⁷¹⁴ pour que soit créée, par l'article 55, l'Union nationale des Professions de santé (UNPS), organisation regroupant des représentants de 24 organisations syndicales de professionnels de santé en exercice libéral en France, reconnues officiellement les plus représentatives.

In fine, il nous faut aussi remarquer que, si le texte prévoit la présence de cinq médecins (quatre représentants les syndicats professionnels médicaux représentatifs et un désigné par le ministre de la santé en raison de sa compétence), en réalité, ils seront en réalité plus nombreux mais dans une proportion beaucoup moindre qu'au sein du défunt Conseil supérieur de la kinésithérapie. En effet, vont venir s'y ajouter un médecin inspecteur régional de la santé et très souvent celui qui siègera en tant que représentant du directeur de l'action sociale.

Comme ce fut le cas avec le CSK, le CSPP a aussi été le cadre de conflits concernant la majoration de la durée des études de kinésithérapie. En l'espèce, l'opposition concertée, mais pour des motifs différents, des médecins spécialisés en particulier ceux de médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelle qui menaient un combat d'arrière-garde et celle de l'Administration de tutelle s'inquiétant d'une extension de la revendication aux professions de rééducation dont l'exercice professionnel serait majoritairement salarié.

⁷¹³ L'Union nationale des professions libérales (UNAPL) est une organisation patronale représentative créée en 1977. Elle fédère 62 organisations syndicales des professions de la Santé, du Droit, du Cadre de vie et technique et est présente dans les régions via les UNAPL régionales, départementales et les Maisons des professions libérales. L'UNAPL s'est donnée une triple mission : défendre les intérêts moraux et matériels des professions libérales, promouvoir l'exercice professionnel libéral et représenter le secteur auprès des pouvoirs publics et dans le dialogue social,. Source : <http://www.unapl.fr>

⁷¹⁴ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF du 17 août 2004, page 14598. L'UNPS L'UNPS a pour buts d'émettre des propositions relatives à l'organisation du système de santé français ainsi qu'à tout sujet d'intérêt commun aux professions de santé, et en particulier en ce qui concerne l'organisation des soins entre professionnels libéraux et secteur hospitalier, la démographie professionnelle, la permanence des soins, la formation interprofessionnelle et la maîtrise médicalisée. Elle négocie avec l'Assurance maladie l'Accord-cadre interprofessionnel. Elle est consultée et rend des avis sur diverses propositions de décisions de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). Elle élabore, tous les ans, un programme de concertation avec l'UNCAM et l'Union Nationale des Organismes d'assurance maladie (UNOCAM). Source : <http://unps-sante.org/>

Ayant commencé, après plusieurs années de négociation à unifier administrativement lesdites professions, elle ne souhaitait pas rompre la cohésion du groupe paramédical réalisée avec difficulté. De plus, un allongement des études risquait de s'accompagner de revendications financières. Doté de peu de pouvoirs puisque son rôle n'était que consultatif, composé de professions dont les exigences en la matière étaient disparates en l'espèce la situation va s'enliser pendant encore de longues années.

L'expérience montre que souvent un large fossé sépare la théorie de la réalité. Comme le fait justement remarquer Jacques BONNEAU⁷¹⁵ le CSPPM ne rendait que des avis. Il n'était pas doté de la personnalité morale et ne disposait pas de budget. Il n'avait ni la maîtrise de ses réunions ni de son ordre du jour. Il ne rédigeait pas lui-même les procès-verbaux de ses réunions et ne pouvait pas s'en saisir. Une coquille vide en quelque sorte, qui apporte la démonstration implicite du manque total de considération des pouvoirs publics et la Haute administration vis-à-vis des professions paramédicales et du peu de cas qu'ils accordaient aux avis émis par les représentants de ces dernières.

Dans le courant du deuxième semestre de l'année 1999 le Gouvernement va confier à Monsieur Philippe NAUCHE⁷¹⁶, député de la Corrèze, la mission d'étudier les conditions de mise en place d'un office des professions paramédicales⁷¹⁷.

2. Un conseil virtuel : Le Conseil des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste

L'auteur après avoir fait le constat que la question des instances professionnelles relatives aux professions paramédicales se pose de manière récurrente depuis plusieurs années et que les solutions adoptées⁷¹⁸ n'ont apporté aucune réponse satisfaisante en la matière fait remarquer que, si « [...] la nécessité de créer une instance professionnelle pour les professions paramédicales est un point de départ qui fait l'unanimité [...] », il existe une

⁷¹⁵ BONNEAU Jacques, L'organisation de certaines professions paramédicales : une revendication aboutie ? , Gazette du Palais, 17 décembre 2002, n°351, p.29

⁷¹⁶ NAUCHE Philippe (1957 -), médecin hospitalier, député socialiste de la 2^{ème} circonscription de la Corrèze (juin 1997- juin 2002, juin 2007- juin 2012)

⁷¹⁷ NAUCHE Philippe, Rapport sur la création d'un office des professions paramédicales, juin 2000

⁷¹⁸ Loi n° 80-527 du 12 juillet 1980 modifiant certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière et de certaines autres professions d'auxiliaires médicaux, JORF du 13 juillet 1980, p.1758 (article 6 : règles professionnelles et chambre de discipline) ; Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, JORF du 05 février 1995 (article 6-1 : Institution d'un Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes)

controverse sur la nature de cette instance. Sans surprise, Philippe NAUCHE va proposer la création d'un Office pour les Professions Paramédicales qui permettrait une représentation équilibrée des différentes professions, les doterait d'une organisation unifiée, collégiale et commune aux libéraux et aux salariés leur permettant malgré des modes d'exercices et des contraintes professionnelles différents de respecter des règles déontologiques communes. Ce rapport n'apporte aucune innovation en la matière. Il reprend dans ses grandes lignes les conclusions du rapport de Madame Anne-Marie BROCAS en mettant en exergue la nécessité de doter les professions d'une structure propre aux professions paramédicales qui pourrait remplir les missions exercées pour les professions médicales par les Ordres professionnels. Lorsque nous lisons en préambule de ce rapport que l'auteur dudit rapport constate que l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes institué par la loi du 4 février 1995 n'a pas été constitué, nous serions tentés d'écrire qu'en matière d'hypocrisie on ne peut faire mieux car, faut-il le rappeler cette carence est entièrement due à une décision politique de pure idéologie, à savoir la décision de Monsieur Bernard KOUCHNER de reporter sine die la date des élections constitutives de l'instance ordinale⁷¹⁹. En l'espèce, la montagne accouchera d'une souris. En 2002, le CSPPM sera remplacé par un Conseil des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste libéraux qui n'aura eu qu'une existence virtuelle.

Le Conseil des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste a été créé par l'article 71 de la loi du 4 mars 2002.

A. Missions et du Conseil des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste

Codifié par les articles L. 4391-1⁷²⁰ et suivants du Code de la Santé publique le Conseil des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste était doté de la personnalité morale et devait regrouper obligatoirement les personnes exerçant en France, à titre libéral, les professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste.

⁷¹⁹ Arrêté du 15 juillet 1997 modifiant l'arrêté du 27 mai 1997 fixant la date des élections aux conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 24 juillet 1997, p. 11075

⁷²⁰ Article L4391-1 CSP créé par l'article 71 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 et abrogé par la loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 - art. 4 (V) « *Il est institué un conseil groupant obligatoirement les personnes exerçant en France, à titre libéral, les professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste. Ce conseil est doté de la personnalité morale* »

Le fait que ce Conseil ne regroupe que les professionnels libéraux est un choix politique délibéré du pouvoir en place qui peut s'expliquer de plusieurs manières. L'ex-secrétaire d'Etat chargé de la santé désormais ministre délégué à la santé, Monsieur Bernard Kouchner, médecin de formation est comme beaucoup de membres de sa famille politique un farouche opposant à l'institution ordinaire qui pour lui est irrémédiablement marquée du sceau infamant d'avoir été créée par le régime de Vichy.

Le président de l'assemblée interprofessionnelle nationale avait la charge de le représenter dans tous les actes de la vie civile et pouvait déléguer ses pouvoirs à un ou plusieurs membres de l'assemblée interprofessionnelle nationale. Pour les questions relevant de l'organisation au niveau régional il pouvait en faire de même au profit d'un ou plusieurs membres de l'assemblée interprofessionnelle régionale.

Ce conseil avait pour mission de contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins dispensés par ses membres et de participer à l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi qu'à l'élaboration, la diffusion et au respect des règles de bonnes pratiques paramédicales. Il devait également veiller au maintien des connaissances professionnelles⁷²¹. En outre, il devait assurer l'information de ses membres et des usagers du système de santé et veiller à la protection de ces derniers en contrôlant l'exercice libéral de la profession. À cet effet, il était chargé de veiller au respect, par ses membres, des principes de moralité, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la profession ainsi qu'à l'observation de leurs droits et devoirs professionnels. Il était prévu qu'un code de déontologie soit élaboré dans les règles fixées par l'article L. 4398-1 CSP⁷²².

B. Compositions du Conseil des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste

Ce conseil devait être composé, au niveau régional, de collèges professionnels, d'une assemblée interprofessionnelle et d'une chambre disciplinaire de première instance et, au niveau national, d'une assemblée interprofessionnelle, de collèges professionnels et d'une

⁷²¹ In fine l'article L.4391-2 CSP précisait qu'« [...] A ce titre, l'assemblée interprofessionnelle nationale rédige un rapport sur les conditions de formation continue des membres des professions relevant du conseil. »

⁷²² Article L4398-1 CSP, « Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'assemblée interprofessionnelle nationale et des collèges professionnels nationaux, fixe les règles du code de déontologie applicables aux membres des professions qui en relèvent en tenant compte des spécificités de l'exercice de chacune d'entre elles. » créé par l'article 71 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002. Abrogé par l'article 4 (V) de la loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006

chambre disciplinaire d'appel. Il était expressément précisé que la profession de masseur-kinésithérapeute⁷²³ serait uniquement représentée au sein de l'assemblée interprofessionnelle au niveau régional et national. Comme c'est habituellement la règle il y avait incompatibilité à cumuler la présidence de l'une des instances du conseil avec la présidence d'un syndicat ou association professionnels.

Le mandat des membres de ce conseil, élus par collège électoral défini par professions avait été fixé à cinq ans. Pouvaient être électeurs les personnes exerçant à titre libéral et inscrites au tableau du conseil. Pour être éligibles, les professionnels devaient être inscrits sur le tableau du conseil depuis trois ans au moins. Pour les membres des chambres disciplinaires une condition supplémentaire était impérative : avoir la nationalité française.

C. Un succédané d'un Conseil de l'Ordre

En fait, ce conseil était censé se substituer aux Conseils de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues. Comme la célèbre boisson phare, d'origine canadienne, des années 1980 dont les concepteurs proclamaient que « *Ça ressemble à l'alcool, c'est doré comme l'alcool... mais ce n'est pas de l'alcool* » le Conseil des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste « *ressemblait à un conseil de l'Ordre, était organisé comme un conseil de l'ordre mais n'était pas un conseil de l'Ordre* »... car il va en avoir toutes les prérogatives. Chaque collège professionnel était chargé de statuer sur l'inscription au tableau du conseil. En cas de conflit entre professionnels d'une même profession il devait organiser une mission de conciliation. Si un litige opposait des professionnels de collèges différents, le soin en revenait à l'assemblée interprofessionnelle. En cas de danger lié à une infirmité ou à un état pathologique d'un professionnel, mission lui était confiée de prononcer sur la suspension d'exercice d'un professionnel exerçant à titre libéral après que l'intéressé eut été mis en mesure de présenter ses observations.

In fine il avait également la charge d'évaluer les actions de formation continue, de diffuser auprès des professionnels les règles de bonnes pratiques et d'organiser des actions d'évaluation des pratiques de ces professionnels, en liaison avec le collège national et avec la Haute Autorité de Santé, qui élabore ou valide les méthodes et les référentiels d'évaluation⁷²⁴.

⁷²³ Ainsi que la profession de pédicure-podologue article L.4391-3 in fine CSP.

⁷²⁴ Pour l'exercice de cette mission, le collège a recours à des professionnels habilités à cet effet par la Haute Autorité de santé. Les professionnels habilités procèdent à la demande des professionnels intéressés à des évaluations individuelles ou collectives des pratiques. Article L4393-1 CSP abrogé le 27 décembre 2006

Ce conseil était, à l'image des Ordres professionnels préexistants et dans les mêmes conditions dotées d'un pouvoir disciplinaire avec une chambre disciplinaire de première instance dont les jugements pouvaient être contestés devant une chambre disciplinaire d'appel nationale, ces deux juridictions étant présidées par un magistrat de l'ordre administratif. Lorsque le litige concernait un professionnel de santé et un usager du système de soins, la chambre disciplinaire devait obligatoirement compter parmi ses membres, deux représentants de ces derniers désignés par le ministre chargé de la santé sur des listes présentées par des associations agréées. Enfin, il était prévu que le montant de la cotisation devant être acquittée par chaque membre de ce conseil serait fixé par l'assemblée interprofessionnelle qui devait également déterminer, en fonction du nombre de personnes inscrites au tableau du conseil, les quotités de cette cotisation qui doivent lui être versées par les assemblées interprofessionnelles régionales pour assurer une répartition équitable des ressources entre les régions.

Lorsque ces dispositions furent publiées, elles suscitèrent des réactions majoritairement opposées à cette mise en place. Certaines professions (orthophonistes par exemple) refusaient (et refusent toujours) de se voir doté d'un ersatz ordinal, d'autres (masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues) revendiquaient depuis des décennies un Ordre professionnel. C'est avec colère qu'elles accueillirent ce conseil ayant rapidement compris qu'en mettant en place un tel organe le Gouvernement en place à cette époque⁷²⁵ anéantissait irrémédiablement leur désir de se voir doté d'un Conseil de l'Ordre. Lorsque nous aborderons infra la difficile création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, nous verrons que dès sa mise en place ce Gouvernement avait reporté sine die la date des premières élections du Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes par la plume de son secrétaire d'Etat disposant que « *Par arrêté du secrétaire d'Etat à la santé en date du 15 juillet 1997, l'arrêté du 27 mai 1997 fixant la date des élections aux conseils départementaux et régionaux et au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes est abrogé. Un arrêté fixera ultérieurement la date desdites élections.* »⁷²⁶

⁷²⁵ Gouvernement JOSPIN (02 juin 1997 - 6 mai 2002). Ce gouvernement dirigé par le Premier ministre Lionel JOSPIN est issu de la dissolution de l'Assemblée nationale par le Président de la République, Monsieur Jacques CHIRAC. il va œuvrer dans le cadre de la « troisième cohabitation ». Il était soutenu par une coalition gouvernementale rassemblant l'ensemble des forces de la gauche parlementaire (Parti socialiste, Parti communiste français, Parti radical de gauche, Les Verts et le Mouvement des citoyens). Il disposait de 319 députés sur 577, soit 54 % des sièges de l'Assemblée nationale.

⁷²⁶ Arrêté du 15 juillet 1997 modifiant l'arrêté du 27 mai 1997 fixant la date des élections aux conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 24 juillet 1997, p. 11075

Mais la *res publica* n'étant pas un long fleuve tranquille, une nouvelle alternance politique porta au pouvoir un Gouvernement⁷²⁷ plus favorable à l'institution ordinale ce qui eut pour conséquence de plonger ce conseil des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste dans un coma⁷²⁸ dépassé aussi profond que définitif. En 2007, il lui fut substitué un Haut Conseil aux Professions Paramédicales⁷²⁹.

3. Le Haut Conseil des professions paramédicales

Le Haut Conseil des Professions paramédicales est une instance, placée auprès du ministre de la Santé qui à la grande différence de feu le Conseil des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste n'a aucune vocation à organiser l'exercice d'une quelconque profession paramédicale.

Sa principale mission est de promouvoir une réflexion interprofessionnelle sur les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels, la répartition des compétences, la formation et les diplômes, ainsi que leur place dans le système de santé⁷³⁰.

A l'appui de notre démonstration supra nous ne pouvons pas nous empêcher de mettre en exergue le fait que pour Madame Monique MONTAGNON, Chef de projet du service évaluation et amélioration des pratiques, Haute Autorité de Santé⁷³¹ le HCPP « [...] remplace

⁷²⁷ Gouvernement RAFFARIN (06 mai 2002 - 31 mai 2005). Ce gouvernement est issu de la réélection de Monsieur Jacques CHIRAC à la Présidence de la République.

⁷²⁸ Coma : État pathologique caractérisé par une perte de conscience, de sensibilité et de motilité, avec conservation relative des fonctions végétatives. Coma dépassé : coma très profond et total où la survie est assurée uniquement par des moyens artificiels (respiration artificielle, stimulateur cardiaque, perfusion intraveineuse).

⁷²⁹ Décret n° 2007-974 du 15 mai 2007 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales, JORF d »u 16 mai 2007, p. 9372

⁷³⁰ MONTAGNON Monique « Qu'est-ce que le Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP) ? », Haute Autorité de santé, Lettre DPC & Pratiques n° 70, décembre 2012. Source : <http://www.has-sante.fr/>

⁷³¹ La Haute Autorité de Santé (HAS) a été instituée par l'article 35 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF du 17 août 2004, p. 14598. Ses missions sont définies à l'article L.161-37. du code la sécurité Sociale. C'est une autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale qui « *est principalement chargée de procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé et réalise ou valide des études d'évaluation des technologies de santé [elle doit] Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence*

le Conseil supérieur des professions paramédicales qui avait été créé en 1973 [...] » ce qui de facto et implicitement signifie que pour cette responsable de l'autorité publique indépendant qu'est l'HAS le Conseil des professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthoptiste n'a jamais existé... Dont acte.

A. Missions et compositions du HCPP

Le HCPP a été institué par le décret n° 2007-974 du 15 mai 2007. Codifié à l'article D. 4381-1 CSP, il a pour mission d'assurer la promotion d'une réflexion interprofessionnelle sur portant sur les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels de santé et la répartition de leurs compétences, la formation et les diplômes et la place des professions paramédicales dans le système de santé. Il devra également participer, en coordination avec la Haute Autorité de santé à la diffusion des recommandations de bonne pratique et à la promotion de l'évaluation des pratiques des professions paramédicales. Signe des temps et de l'influence grandissant des directives communautaires en termes feutrés il est précisé que dans la conduite de ses missions, le HCPP devra prendre en compte les études et réflexions menées au niveau européen et international. Il peut, de sa propre initiative, formuler des propositions au ministre chargé de la santé sur les thèmes mentionnés au premier alinéa de l'article D. 4381-1 CSP à savoir « [...] *promouvoir une réflexion interprofessionnelle sur les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels de santé et la répartition de leurs compétences, la formation et les diplômes et la place des professions paramédicales dans le système de santé [...]*. Il peut également être saisi par le ministre sur tous sujets correspondant à ses missions. De même, le HCPP sera consulté par le ministre chargé de la santé sur les textes réglementaires relatifs aux conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels de santé et la répartition de leurs compétences ainsi que sur la formation et les diplômes.

française de sécurité sanitaire des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire, Etablir et mettre en oeuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique [...] mettre en oeuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique[et] Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé [...]. »

L'arrêté du 7 juillet 2008⁷³² va préciser la composition du HCPP en assurant la représentativité des différentes professions. Vont siéger au sein de cet organe un très grand nombre de représentants (à chaque titulaire est accolé un suppléant) des grandes centrales syndicales, des syndicats professionnels, des fédérations des employeurs d'établissements de santé publics et privés ainsi que des représentants pour chacune des professions paramédicales et autres professions de santé non médicales soit 18 professions. Les représentants des organisations syndicales représentatives des fonctionnaires hospitaliers sont au nombre de onze. Le texte établit une distinction entre les différentes professions paramédicales traditionnelles.

Dans un premier groupe sont regroupés les représentants des syndicats professionnels reconnus représentatifs⁷³³ qui sont au nombre de deux pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes et d'un seul pour les professions d'orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues. Dans un deuxième groupe sont réunis les représentants des professions ou groupes de professions suivantes : ergothérapeutes, psychomotriciens, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens, techniciens de laboratoire d'analyse de biologie médicale, infirmiers et infirmières anesthésistes, infirmiers et infirmières de bloc opératoire, infirmiers et infirmières puéricultrices qui bénéficient chacune d'un représentant. Deux remarques s'imposent.

Le groupe des infirmières et des infirmiers semble surreprésenté par rapport aux autres professions.

En effet à côté des infirmiers et infirmières libéraux on trouve les infirmiers et infirmières anesthésistes, les infirmiers et infirmières de bloc opératoire et infirmiers et infirmières puéricultrices sans oublier les infirmiers et les infirmières salariés de la fonction publique hospitalière qui n'apparaissent pas en tant que tel dans la mesure où ils sont représentés par les syndicats nationaux. L'autre remarque est relative à la distinction qui est faite entre deux groupes en fonction du mode d'exercice. Le premier qui réunit les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues exerçant à titre libéral et un second groupe qui semble au premier abord très disparate et qui associe ergothérapeutes, psychomotriciens, manipulateurs d'électroradiologie médicale,

⁷³² Arrêté du 07 juillet 2008 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales, JORF du 31 juillet 2008, p. 12287

⁷³³ Code de la sécurité sociale, Article L162-33 « Dans un délai déterminé, précédant l'échéance, tacite ou expresse, de la convention, le ou les ministres compétents provoquent une enquête de représentativité afin de déterminer les organisations syndicales nationales les plus représentatives qui participeront à la négociation et à la signature éventuelles des conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-16-1, en fonction des critères suivants : effectifs, indépendance, cotisations, expérience, audience électorale et ancienneté du syndicat. » Version en vigueur du 22 décembre 2006 au 23 juillet 2009.

audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens, techniciens de laboratoire d'analyse de biologie médicale, les infirmiers et infirmières anesthésistes, les infirmiers et infirmières de bloc opératoire et infirmiers et infirmières puéricultrices, c'est-à-dire des professions où l'exercice salarié est majoritaire, non rémunéré à l'acte car non pris en charge par les Caisses d'assurance maladie dans le cadre d'un régime conventionnel. Un troisième groupe apparaît en la personne des autres professions de santé non médicales (aides-soignant (e) s, et auxiliaires de puéricultures (1 représentant pour chaque profession). Enfin, un certain nombre d'organisations vont siéger à titre consultatif. Il s'agit des organisations professionnelles des médecins généralistes libéraux représentatifs et médecins spécialistes libéraux représentatifs (deux représentants chacune), les praticiens hospitaliers représentatifs (quatre représentants) et in fine les conseils de l'ordre (médecins, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues) seront chacun représenté par un de leur membre.

Les règles de fonctionnement du HCPP seront quelque peu modifiées dans le courant de l'été 2012 avec notamment la nomination d'un Vice-président⁷³⁴.

Le décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011⁷³⁵ ayant rendu obligatoire le développement professionnel continu⁷³⁶ pour les professionnels paramédicaux, dans les semaines qui suivirent une commission scientifique va être créée au sein du HCPP⁷³⁷ avec pour missions d'évaluer les organismes de DPC au moment de leur enregistrement et de formuler un avis sur les

⁷³⁴ Décret n° 2012-994 du 23 août 2012 relatif au haut Conseil des professions paramédicales, JORF du 25 août 2012, p. page 13810

⁷³⁵ Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux, JORF du 1er janvier 2012, p. 29

⁷³⁶ Le développement professionnel continu (DPC) est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins. La formation continue des masseurs-kinésithérapeutes est obligatoire depuis la Loi du 9 août 2004 (n°2004-806 - Article 99. Art. L. 4382-1). Pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, deux voies existaient pour soutenir la formation continue des masseurs-kinésithérapeutes : le FIF-PL (Fonds Inter-Professionnel de Formation des Professionnels Libéraux) qui permet d'obtenir une prise en charge annuelle et par professionnel plafonnée à 400 € maximum et limitée à 150 € par jour de formation et par professionnel parmi les formations retenues. Ce dispositif a perduré en 2013 et la FCC (Formation Continue Conventionnelle) qui était un dispositif entre syndicats (signataires des conventions nationales) et Assurance Maladie qui permettait la prise en charge intégrale de certaines formations. Ce dispositif a cessé en 2012. La formation continue des professionnels paramédicaux exerçant en établissements de santé était régie par le décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière (JORF du 23 août 2008, p. 13285). L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue (FC) sont désormais intégrées dans un dispositif unique : le Développement Professionnel Continu. Source : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc

⁷³⁷ Décret n° 2012-30 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales, JORF du 11 janvier 2012, p. 521

orientations nationales du DPC ainsi que sur les orientations régionales formulées par les agences régionales de santé. Les membres de cette commission, présidée par le président du HCPP, dont la désignation devra intervenir dans le courant du quatrième trimestre 2012⁷³⁸, sont tous issus de cette instance qui, à la différence des commissions scientifiques des médecins, odontologues, pharmaciens et sages-femmes, n'est pas indépendante tout en ayant les mêmes missions.

B. Finalités du HCPP

α. Un Haut conseil initialement préconisé comme binôme d'un Ordre infirmier

Le 11 septembre 2008, lors de la séance de mise en place du HCPP, Madame Roselyne BACHELOT⁷³⁹, ministre de la Santé n'ayant pas pu être présente fit lire une déclaration dans laquelle se trouvent tous les éléments ayant présidé à la création de ce Conseil. En préambule, elle adresse ses remerciements à Monsieur Édouard COUTY⁷⁴⁰, Président du HCPP qui, deux ans auparavant, avait été chargé de rédiger un rapport portant sur la profession d'infirmier (e)⁷⁴¹ dont le titre parle de lui-même et n'a pas besoin d'explication « [...] *mission de concertation et de médiation concernant le projet de création d'un ordre infirmier* ». La finalité de cette étude était de renseigner les responsables politiques sur les sentiments exprimés par le monde infirmier au sujet de la future création d'un ordre professionnel infirmier. L'auteur, après avoir rappelé que « [...] *le Conseil supérieur des professions paramédicales (CSPPM) institué par le décret du 14 septembre 1973 (codifié aux articles D.4381-1 à D.4381-6 du code de la santé publique) qui se compose d'une commission interprofessionnelle et des commissions professionnelles dont celle des infirmiers, ne répond ni aux attentes des professionnels ni aux enjeux actuels des professions paramédicales [...]*, juge que son fonctionnement n'est pas satisfaisant. De surcroît il constate qu'il présente de sérieuses lacunes en matière disciplinaire (absence de juridictions pour les infirmiers et

⁷³⁸ Arrêté du 29 octobre 2012 portant nomination à la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales, JORF du 08 novembre 2012, p. 17503

⁷³⁹ BACHELOT Roselyne (1946-), Docteur en pharmacie, député RPR puis UMP de la 1ère circonscription du Maine -et-Loire (1997- 2002, juin-juillet 2007), ministre de l'Écologie et du Développement durable (mai 2002 – mars 2004), ministre de la Santé et des Sports (mai 2007 – novembre 2010), ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale (novembre 2010 – mai 2012).

⁷⁴⁰ COUTY Edouard : Ecole Nationale de la Santé Publique (Rennes), Directeur des Hôpitaux (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé), Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées), Président du Haut conseil des professions paramédicales (HCPP)

⁷⁴¹ COUTY Edouard, Note relative à la mission de concertation et de médiation concernant le projet de création d'un ordre infirmier, mars 2006

infirmières exerçant en libéral, pas de publicité des sanctions ayant pu frapper des infirmiers salariés ce qui, en l'absence de condamnation pénale, leur permet de poursuivre leur exercice professionnel en toute impunité dans un autre établissement ou en libéral) et qu'il ne prévoit « [...] *aucun lieu d'expression organisé pour la profession, quel que soit son mode d'exercice, pour débattre des questions d'éthique (fin de vie, prise en charge de la douleur...), de déontologie, ou pour participer à des réflexions concernant la profession infirmière au plan européen ou international.* »

Après avoir souligné les graves divergences opposant les partisans et les opposants à la création d'un Corde professionnel infirmier l'auteur va proposer la création concomitante d'une structure professionnelle pour les infirmiers (Ordre infirmier) qui s'inscrirait dans la logique de création d'ordres professionnels paramédicaux (masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues) et d'une structure interprofessionnelle qui se substituerait au Conseil supérieur des professions paramédicales. Cette structure interprofessionnelle serait indépendante et autonome, composée de membres désignés par leurs organisations représentatives (syndicats, ordres professionnels) et présidée par une personnalité indépendante, nommée en Conseil des ministres ou par le ministre de la santé. Elle servirait de lien entre les différentes professions et assurerait la cohérence entre les différents modes d'exercice de ces professions. Ce HCPP pourrait être l'interlocuteur de l'État en matière de « [...] *consultation sur des questions interprofessionnelles, organisation du système de soins et les priorités de santé publique, formation initiale des professionnels paramédicaux (...)* mais également « [...] *de l'ensemble des professions de santé (ordres des professions médicales) de la Haute Autorité de Santé (participation à l'évaluation des pratiques professionnelles, élaboration et diffusion des règles de bonne pratique), des conseils nationaux de formation continue et des institutions européennes et internationales [...].*

In fine, l'auteur préconisait de mettre en place un processus permettant « [...] *de mieux assurer la reconnaissance des compétences et des missions de ces professionnels et de préparer leur évolution future [avec] la mise en place progressive d'un schéma universitaire pour la formation initiale des professions paramédicales [...]* » qui se traduirait « [...] *par la reconnaissance par l'université d'un grade licence, master, doctorat (LMD) pour les formations des professions paramédicales [...]* ». Dans son courrier, la ministre ne manqua pas de rappeler que « [...] *le Haut conseil n'a pas été conçu pour la spéculation abstraite : il donnera un avis sur les textes qui vous concernent et jouera un rôle majeur auprès du ministre de la santé [...]* Il sera obligatoirement saisi de tous les projets de texte

réglementaire qui concernent les professions paramédicales [...] » et annonça qu'elle allait saisir très prochainement le HCPP du rapport LMD qui devait lui être remis le 22 septembre⁷⁴². En guise de conclusion, elle rappela l'importance majeure de la mise en place de cette nouvelle instance interprofessionnelle dont la finalité sera « [...] de mettre en exergue la solidarité des problématiques qui régissent l'exercice des missions [...] des professions paramédicales [qui] constituent un pilier essentiel de notre édifice de soins ».

β. Développer la solidarité des problématiques régissant l'exercice des professions paramédicales

Nous pensons que la véritable finalité du HCPP réside dans cette « [...] *solidarité des problématiques qui régissent l'exercice des missions [...] des professions paramédicales [...]* » qui est évoquée, avec un certain lyrisme par Madame Roselyne BACHELOT et qui depuis plusieurs années est l'objet de la préoccupation constante des pouvoirs publics. Pour s'en convaincre il suffit de se rappeler que depuis le début des années 2000, les différents pouvoirs en place ont multiplié les rapports en la matière. Pour ne citer que les principaux nous pouvons évoquer le rapport rédigé en 2002, à la demande du ministre de la Santé, de la famille et des Personnes handicapées, par Monsieur le Professeur BERLAND et consacré à la démographie des professions de santé⁷⁴³. En conclusion de ce travail figuraient dix propositions. En l'espèce, la troisième nous semble la plus importante car elle préconisait de « [...] *redéfinir le contour des métiers, mettre en place un partage des tâches, créer de nouveaux métiers, faciliter les passerelles entre différentes professions de santé [...]* ». Il était également suggéré de définir les modalités d'insertion de la formation aux métiers de la santé dans le cadre universitaire et in fine d'intégrer l'objectif d'éducation sanitaire de la population et des malades dans l'organisation des soins.

À la même époque, conjointement, les ministres de tutelles (Jeunesse, Education nationale et de la Recherche et ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées) avaient confié à Monsieur le Professeur Monsieur MATILLON⁷⁴⁴ la mission « [...] *d'examiner le*

⁷⁴² MORELLE Aquilino, VEYRET Jacques, LESAGE Gérard, ACKER Dominique, NOIRE Dominique, Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales, Inspection générale des affaires sociales (RM2008-081P), Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (n°2008-068), septembre 2008

⁷⁴³ BERLAND Yvon, Mission « Démographie des professions de santé », Rapport n°2002135, novembre 2002

⁷⁴⁴ MATILLON Yves, « Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, Rapport de mission à l'attention de Monsieur le ministre de la Jeunesse, de l'Education Nationale et de la Recherche et de Monsieur le ministre de la santé, de la famille et des Personnes Handicapées, Août 2003

cadre et les méthodes permettant de définir les modalités et les conditions d'évaluation des compétences [...] ⁷⁴⁵ des métiers de la santé.

Pour l'auteur, « [...] *Le modèle de compétence est aujourd'hui un concept émergent et structurant, de haute importance sociale et managériale [...] dans le domaine de la santé, l'évaluation de la compétence professionnelle s'est développée [...] à des degrés différents [...] pour garantir et évaluer la compétence de tous les professionnels de santé de manière efficiente, il est donc nécessaire de dépasser le stade actuel d'initiatives indépendantes et souvent catégorielles pour améliorer la cohérence et la qualité des objectifs et des méthodes utilisées [...] ⁷⁴⁶.* Après avoir rappelé que la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a instauré la Validation des Acquis de l'Expérience⁷⁴⁷ dans le domaine de la santé comme dans d'autres domaines, il énonce que la reconnaissance de compétence des professionnels de santé nécessite d'évaluer cette compétence en y intégrant les acquis de l'expérience. L'évaluation de la compétence constituant « [...] *un levier indispensable d'une véritable régulation médico-économique du système de santé en matière de qualité et de sécurité des soins dans les domaines de la régulation maîtrisée des reconnaissances professionnelles, de la régulation économique, de l'optimisation des ressources, de la performance des établissements de santé et de démographie professionnelles [...] ⁷⁴⁸.*

Pour assurer la mission que lui confère l'alinéa 1a de l'article D.4381- CSP⁷⁴⁹ i.e « [...] *De promouvoir une réflexion interprofessionnelle sur : a) Les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels de santé et la répartition de leurs compétences [...] ⁷⁴⁸.* » les membres du HCPP vont pouvoir appuyer leur réflexion et fonder leurs propositions sur les nombreux rapports qui

⁷⁴⁵ Lettre de mission de Monsieur Luc FERRY, ministre de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche et de Monsieur Jean-François MATTEI, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Cab/LCV/MGD/D.02014585, 26 novembre 2002

⁷⁴⁶ Rapport MATILLON, p. 34

⁷⁴⁷ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF du 18 janvier 2002, p. 1008

⁷⁴⁸ Rapport MATILLON, p. 34

⁷⁴⁹ CSP, article D.4381-1 « Auprès du ministre chargé de la santé, le Haut Conseil des professions paramédicales a pour missions : 1° De promouvoir une réflexion interprofessionnelle sur : a) Les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels de santé et la répartition de leurs compétences ; b) La formation et les diplômes ; c) la place des professions paramédicales dans le système de santé ; 2° De participer, en coordination avec la Haute Autorité de santé, à la diffusion des recommandations de bonne pratique et à la promotion de l'évaluation des pratiques des professions paramédicales ; Dans la conduite de ses missions, le Haut Conseil des professions paramédicales prend en compte les études et réflexions menées au niveau européen et international. »

vont avoir trait à la coopération entre professionnels de santé. La Haute Autorité de Santé⁷⁵⁰, en collaboration avec l'ONDPS⁷⁵¹, va publier en décembre 2007 un projet de recommandation intitulé « *Délégation, transferts, nouveaux métiers : Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé* »⁷⁵² dans lequel est souligné l'opportunité d'évolution du système de santé qui peut être réalisée par les nouvelles formes de coopération mais qu'elles impliquent la mise en œuvre de changements profonds dans l'organisation du système de santé et qu'elles sont très appréciées par les professionnels de santé et les patients qui ont participé aux expérimentations.

En matière de rapports de mission, il nous faut souligner l'originalité de la démarche entreprise en 2008 par Madame BACHELOT qui va confier à un groupe de trois professionnels paramédicaux⁷⁵³ une mission de « *réflexion autour des partages de tâches et de compétences entre professionnels de santé* »⁷⁵⁴. Dans ce rapport les auteurs avec la simplicité et le pragmatisme issus de la réalité de leurs exercices professionnels quotidiens préconisaient des coopérations entre professionnels de santé tout en prenant le soin de souligner que cela remettait en cause les principes d'interrelation entre professions et mettait en évidence le cloisonnement qui existe entre toutes ces professions.

⁷⁵⁰ Haute Autorité de Santé (HAS) : Autorité publique indépendante créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF du 17 août 2004, p. 14598, Titre II : dispositions relatives à l'organisation de l'assurance maladie, section 1 : Haute Autorité de santé, articles 35 & 36. L'HAS contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique. Elle évalue d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur admission au remboursement et élabore des recommandations sur les stratégies de prise en charge et certifie les établissements de santé et accrédite les praticiens de certaines disciplines afin d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville.

⁷⁵¹ ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. L'ONDPS créé en 2003, auprès du ministre chargé de la santé, est une instance de promotion, de synthèse et de diffusion des connaissances relatives à la démographie et à la formation des professions de santé. sources : <http://www.sante.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps.html>

⁷⁵² HAS « *délégation, transferts, nouveaux métiers : Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé* », Projet de recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS soumis à consultation publique, Décembre 2007

⁷⁵³ ABADIE Marie-Hélène, orthoptiste, Présidente du syndicat national des orthoptistes, BRESSAND Michelle, Infirmière, Conseillère Générale des Etablissements de santé, HUSSON Roger, manipulateur en électroradiologie, Président de l'association française du personnel paramédical d'électroradiologie

⁷⁵⁴ BRESSAND Michelle, ABADIE Marie-Hélène, HUSSON Roger, Rapport à Madame la Ministre de la Santé, de la Jeunesse et de la Vie associative « *Réflexion autour des partages de tâches et de compétences entre professionnels de santé* », Novembre 2008

Un nouveau ministre de la santé⁷⁵⁵ ayant été nommé, il est demandé à Messieurs Laurent HENART⁷⁵⁶, Yvon BERLAND⁷⁵⁷ et Madame Danielle CADET⁷⁵⁸ de rédiger un nouveau rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire⁷⁵⁹ dont les conclusions vont être diversement appréciées par les professionnels. En effet, les auteurs n'hésitent pas à proposer la création de nouveaux métiers de santé de niveau intermédiaire à partir des métiers paramédicaux d'aujourd'hui sans être pour autant redondants avec les métiers existants mais ayant vocation, à terme, à constituer des professions médicales à compétence définie qui pourraient être dotées d'un véritable droit de prescription. Comme le rappelle le rapporteur Il est également souhaité de valoriser les parcours professionnels pour créer des filières cohérentes pour mettre les rémunérations au niveau des responsabilités et ainsi proposer des carrières attractives au sein d'un système de santé rénové. Pour réussir cette mutation, la méthode proposée consiste à adopter un système rigoureux de validation nécessitant d'intégrer ces formations à l'enseignement supérieur.

δ. Un projet en gestation : la création de nouvelles professions de santé intermédiaires

Cependant, il ne faut pas se voiler la face. Plus que la volonté d'induire une évolution des professions paramédicales en se référant à un référentiel métier élargi à des activités et des missions réellement innovantes, à leur reconnaître le statut de professions médicales à compétences définies, avec possibilité d'accès direct pour les patients véritables et en créant une filière doctorante qui, par l'enseignement et la recherche, permettrait d'améliorer la qualité et l'efficience des pratiques⁷⁶⁰ c'est essentiellement pour faire face à la pénurie de médecins dans les prochaines années que les pouvoirs publics « travaillent » sur la création de

⁷⁵⁵ BERTRAND Xavier (1965-), agent d'assurance, député UMP de la 2ème circonscription de l'Aisne depuis juin 2012. Secrétaire d'État chargé de l'Assurance maladie (mars 2004 – mai 2005), Ministre de la Santé et des Solidarités (juin 2005 – mars 2007), Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité (mai 2007 - janvier 2009), Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé (novembre 2010 – mai 2012).

⁷⁵⁶ HENART Laurent (1968 -), avocat, député UDI (Union des démocrates et des Indépendants) de la 1ère circonscription de la Meurthe-et-Moselle (septembre 2005 - juin 2012), Secrétaire d'État chargé de l'Insertion professionnelle des jeunes (mars 2004 – mai 2005)

⁷⁵⁷ BERLAND Yvon (1951 -), Président de l'Université Aix-Marseille, Professeur des Universités Praticien Hospitalier, néphrologue, CHRU Marseille

⁷⁵⁸ CADET Danielle Coordinatrice générales des soins, AP-HP Groupe Hospitalier Saint-Louis, Lariboisière, Fernand Vidal, Saint Louis (Paris)

⁷⁵⁹ HENART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire : Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », janvier 2011

⁷⁶⁰ CNOMK, communiqué du 14 février 2011 - Rapport Hénart

nouveaux métiers de santé⁷⁶¹. En l'espèce, lors de la remise officielle de ce rapport, le deux février 2011, Madame Nora BERRA⁷⁶², Secrétaire d'Etat à la santé déclarera « *[D'ici là] il faudra optimiser les prises en charge des malades. Un défi majeur face à l'augmentation de l'espérance de vie, du nombre de maladies chroniques, et de la dépendance des personnes âgées [il faut] assurer une meilleure fluidité [entre les médecins et le personnel paramédical] et miser sur une complémentarité des compétences* »⁷⁶³.

Cependant, au risque de fâcher les masseurs-kinésithérapeutes, il nous faut souligner que dans ce rapport (comme dans les autres d'ailleurs) il semble n'y avoir que la profession d'infirmier (e) qui soit l'objet de toutes les attentions, les auteurs suggérant la création de nouveaux métiers en santé entre le métier d'infirmier (e) et celui de médecin dont la formation serait d'un niveau BAC +5. D'ailleurs, l'Ordre des infirmiers ne s'y est pas trompé en publiant un communiqué⁷⁶⁴ par lequel « *L'Ordre national des infirmiers se réjouit que le rapport HENART affirme la nécessaire évolution du rôle des infirmiers pour répondre aux besoins de santé de la population. Ce rapport confirme les constats et les préconisations de l'Ordre sur les nouveaux rôles infirmiers. L'infirmier est un acteur central pour le traitement et le suivi du patient [...] Il est à même de jouer un rôle important en vue d'améliorer l'accès aux soins, leur qualité et leur coordination, sans risque de multiplier outre mesure les intervenants auprès du patient. [...] À l'instar des pays qui ont instauré les pratiques infirmières avancées, des infirmiers formés et diplômés pour de telles pratiques représenteront une réelle valeur ajoutée, sans risque de prolifération des métiers de la santé et de complexifier le paysage sanitaire.* » L'ONI avait déjà eu l'occasion de s'exprimer à ce sujet en préconisant que « *[...] Plutôt que des nouveaux métiers, ce sont plutôt de nouveaux rôles infirmiers qui peuvent répondre de manière efficiente aux [...] priorités de santé publique désormais bien connues. Acteur central du suivi clinique et thérapeutique et de la définition des besoins de santé en collaboration étroite avec le médecin, l'infirmier est en effet à même de jouer également un*

⁷⁶¹ Rapport HENART, p. 21 « *[...] les hypothèses de travail sont celles d'un numerus clausus à 7000 en 2006 puis constant et d'un départ à la retraite à 64 ans. Sur ces bases, les effectifs des médecins poursuivent leur baisse jusqu'en 2019-2020 (environ 207 000 médecins en 2006 pour environ 187 000 en 2019-2020) puis remontent à partir de 2020 (évolution projetée d'environ 205 000 en 2030) [...]* ».

⁷⁶² BERRA Nora (1952 -), Docteur en médecine, députée européenne (juin 2012 - juillet 2014), Secrétaire d'Etat chargée des Aînés auprès du ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville (juin 2009 – novembre 2010), Secrétaire d'Etat chargée de la Santé auprès du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé (novembre 2010 – mai 2012)

⁷⁶³ PUCCINI Ariane, Rapport Hénart : de nouveaux métiers paramédicaux à Bac +5, ActuSoins, 2 février 2011. source : <http://www.actusoins.com/>

⁷⁶⁴ Ordre National des Infirmiers (ONI) « *L'ONI salue les recommandations du rapport Hénart* », communiqué, 07 février 2011, source : <http://www.ordre-infirmiers.fr/>

rôle majeur dans l'amélioration de l'accès aux soins, leur coordination et leur qualité. C'est le seul professionnel de santé en mesure de le faire de manière globale, au plus près de l'activité médicale mais aussi dans le cadre d'un exercice autonome. Trois modèles peuvent ainsi être développés en France, en plus des spécialités déjà prévues par le code de la santé publique (infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, infirmière puéricultrice) : infirmier praticien spécialisé dans un champ médical (néphrologie, cardiologie, psychiatrie, gériatrie, premier recours, oncologie...), infirmier clinicien (en soins palliatifs, pour l'éducation thérapeutique...), infirmier référent coordonnateur (en oncologie, psychiatrie, gériatrie, maladies cardio-vasculaires, maladies rares...)⁷⁶⁵.

L'uniformisation de la formation facilitée par la phagocytose des différents Conseils supérieurs en un seul Conseil supérieur des professions paramédicales n'était qu'une étape. Cette politique d'harmonisation des règles régissant les professions paramédicales va se traduire par une réforme importante des études préparant aux fonctions d'encadrement. La création d'un diplôme de cadre de santé portant mention de la profession de son titulaire, commun à toutes les professions paramédicales, peut être considérée comme l'ultime étape de la mise en place d'un encadrement commun issu d'une formation uniformisée ayant procédé au formatage des futurs cadres de santé.

Paragraphe 2 Le diplôme de Cadre de santé : une révolution programmée

Le 22 septembre 1994, le ministère de la santé avait présenté au CSPP un projet de décret portant création d'un certificat de Cadre de santé commun aux professions paramédicales réglementées déterminant les conditions d'agrément des instituts de formation des cadres de santé, les conditions et les modalités d'admission au sein de ces instituts, le programme de formation, les modalités de validation des différents modules, la procédure de suivi et d'évaluation de la formation des cadres de santé, les conditions et les modalités d'admission au sein de ces instituts, le programme de formation, les modalités de validation des différents modules, la procédure de suivi et d'évaluation de la formation des cadres de santé. Le texte prévoyait également que les instituts de formation des cadres de santé pourraient passer des conventions avec les Universités.

⁷⁶⁵ Ordre National des Infirmiers, « Nouveaux rôles infirmiers : une nécessité pour la santé publique et la sécurité des soins, un avenir pour la profession », Position adoptée par Conseil national de l'Ordre des infirmiers, 14 septembre 2010, p.3, source : <http://www.ordre-infirmiers.fr/>

Quatorze professions paramédicales sont concernées⁷⁶⁶ et comme le faisait remarquer, à juste raison Louis DUBOUIIS « [...] Il faudra attendre que les premières promotions soient sorties des instituts de formation pour mieux percevoir quelle sera l'incidence de cette réforme sur l'évolution du statut et du rôle des professions paramédicales. »⁷⁶⁷

Le diplôme sera délivré à l'issue d'une formation suivie dans un institut de formation des cadres de santé. La durée totale de cette formation est de 42 semaines (dont une semaine de congé), suivie soit de façon continue sur une année scolaire, soit de façon discontinue sur une période n'excédant pas 4 années scolaires (art. 10). La formation, à la fois théorique et pratique, comporte deux semaines de travail personnel de recherche et de documentation ainsi que la soutenance d'un mémoire.

1. Exit les certificats remplacés par un diplôme

Le décret du 18 août 1995⁷⁶⁸, en abrogeant les dispositions des décrets relatifs aux certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmière et d'infirmier cadre de santé publique, de cadre infirmier, de moniteur cadre de masso-kinésithérapie, de moniteur cadre manipulateur d'électroradiologie, de moniteur cadre d'ergothérapie, remplace par un diplôme de cadre de santé, portant mention de la profession de son titulaire, les onze certificats de moniteurs-cadres préexistants. Il s'agit à plus d'un titre d'une véritable révolution en la matière.

PROGRAMME PRÉSENTÉ LE 22 DÉCEMBRE 1994	
- Module 1 : Introduction à la fonction de cadre :	
>>> économie générale et finances publiques	
>>> protection sociale et solidarité	
>>> sociologie	
>>> psychologie	
>>> communication	
>>> management	
>>> droit	(120 heures)
- Module 2 : Santé publique :	
>>> définitions	
>>> moyens de santé publique	(90 heures)
- Module 3 : Initiation à la recherche :	
>>> concepts de recherche	
>>> méthodologie et outils de recherche	
>>> recherche et éthique	(60 heures)
- Module 4 : Fonction de cadre gestionnaire :	
>>> législation du secteur sanitaire et social	
>>> organisation et conditions de travail	
>>> gestion économique, financière et matérielle	
>>> gestion des ressources humaines	(150 heures)
- Module 5 : Fonction de cadre formateur :	
>>> législation de l'éducation et de la formation	
>>> organisation et dispositifs de formation	
>>> pédagogie	(150 heures)
- Module 6 : Approfondissement des fonctions d'encadrement :	
150 heures axées sur la fonction encadrement ou sur la fonction formation selon le choix du candidat.	

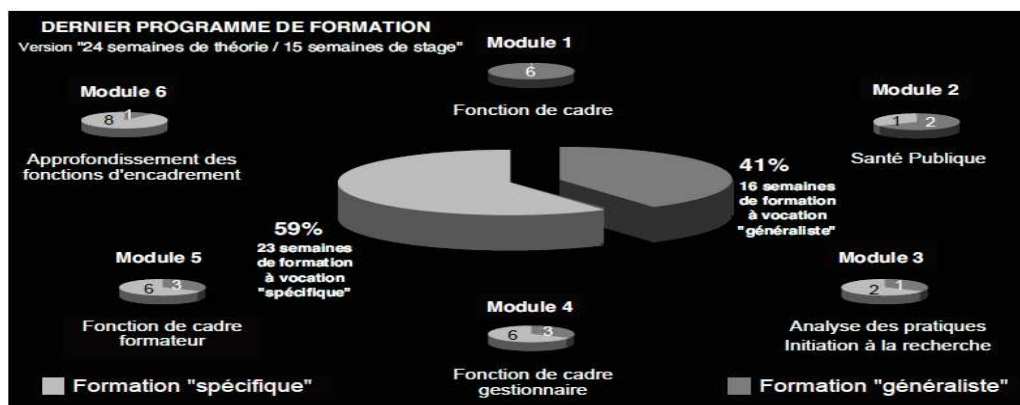
⁷⁶⁶ Audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, infirmier, infirmier de secteur psychiatrique, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, opticien-lunetier, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, préparateur en pharmacie, psychomotricien, technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale.

⁷⁶⁷ DUBOUIIS Louis, « Diplômes de cadre de santé », RDSS, n°1, 15 mars 1996, p. 34

⁷⁶⁸ Décret no 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, JORF du 20 août 1995, p. 12468

Lors de la réunion du 22 septembre 1994, certains membres du CSPP émirent des réserves quant au nombre, jugé insuffisant, d'heures de formation spécifiques à chaque profession (cf. infra)⁷⁶⁹.

Le texte fut modifié et fut de nouveau présenté au CSPP le 16 janvier 1995. À cette occasion, les représentants des syndicats professionnels des masseurs-kinésithérapeutes manifestèrent leur désaccord au motif que le projet « [...] hypertrophiait la gestion, l'économie la finance, les institutions et l'organisation de la Santé, disciplines communes à toutes les professions mais « évacuait » ce qui les différencie [...] ». Appréhendant de voir la profession dépossédée de la maîtrise de sa propre formation, ils votèrent contre ce projet « sans état d'âme »⁷⁷⁰. La nouvelle mouture présentée (cf. infra), prenait en compte, en grande partie, les remarques formulées précédemment. Le certificat devenait un diplôme, la durée des enseignements était légèrement augmentée et celle des stages pratique sensiblement allongée.



Pendant quelques mois, une certaine incertitude régna due au fait que l'élection de Monsieur Jacques CHIRAC à la Présidence de la République entraîna la formation d'un nouveau Gouvernement. Il a été dit que ce texte aurait été signé par les ministres de tutelle de l'époque, à savoir Madame Simone VEIL (ministre d'État, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville), Messieurs Philippe DOUSTE-BLAZY (ministre délégué à la santé) et François FILLON (ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche) avant leur départ du gouvernement de la seconde cohabitation dirigé par Monsieur Édouard BALLADUR⁷⁷¹.

⁷⁶⁹ Spécial réforme : M.C.M.K. ou cadre de santé ? Information, La lettre du MCMK, juin 1995, n°4, p. 2

⁷⁷⁰ cf. supra p.4, VLEMINKX Jacques, Débats d'opinions. L'auteur, conseiller fédéral FFMKR, membre du CSPP s'exprime en tant que représentant du principal syndicat professionnel la FFMKR mais également au nom du SNMKR et du SNECK.

⁷⁷¹ 24ème Gouvernement de la Vème République dans le cadre de la « seconde cohabitation », 29 mars 1993 - 11 mai 1995

Le texte publié le 20 août 1995 sera conforme au projet soumis quelques mois auparavant au CSPP.

A. Plus qu'une évolution, une véritable révolution

Les principales innovations sont en premier lieu, l'appellation officielle qui n'est plus « *certificat de...* » mais « *diplôme* ». Il ne s'agit plus comme nous l'avons évoqué précédemment d'un acte attestant la réussite à un examen ou à un concours mais d'un diplôme, document officiel conférant et attestant un titre, un grade.

En second lieu, si l'objectif recherché par les pouvoirs publics est comme cela est énoncé à l'annexe I de l'arrêté du 18 août 1995⁷⁷² précisant les conditions d'application du présent décret, le bon fonctionnement des structures de santé (hospitalières ou de formation), l'abandon d'une formation spécifique à chaque profession et l'accent mis sur l'aspect « [...] *encadrement dans l'exercice des responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités [du cadre de santé]* » vont contribuer, comme cela avait été souligné par les représentants de la profession, à un certain appauvrissement de la transmission des savoirs tant au sein des IFMK que des services de rééducation, le cadre devenant un gestionnaire qui s'éloigne du soin.

B. Un cadre de santé gestionnaire éloigné du soin

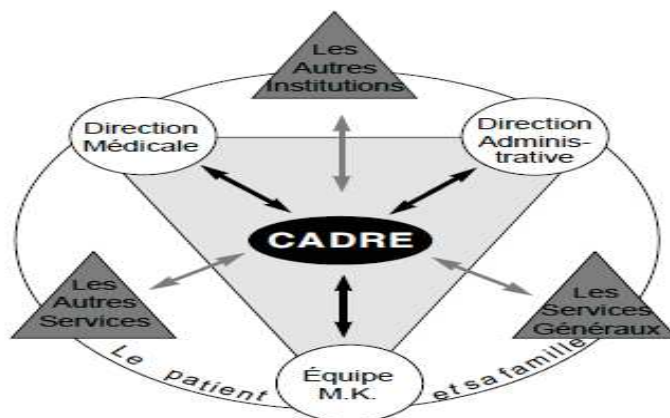
La concrétisation de cette césure sera illustrée de manière caricaturale quelques années plus tard lorsque l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ayant été créé un grand nombre de cadres kinésithérapeute salariés refuseront de s'inscrire au tableau de l'Ordre au motif que « *Les dispositions du décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé (...) n'impliquent pas nécessairement qu'un cadre de santé - masseur-kinésithérapeute soit amené, dans l'exercice de ses fonctions au sein d'un établissement public de santé, à accomplir les actes de masso-kinésithérapie mentionnés à l'article R. 4321-1 du code de la santé publique. C'est seulement dans le cas où les fonctions effectivement confiées à un cadre de santé par l'établissement qui l'emploie comporteraient l'accomplissement d'actes de masso-kinésithérapie, autrement que de manière purement occasionnelle, qu'il appartiendrait à l'intéressé de demander à être inscrit à un tableau de l'ordre des masseurs-*

⁷⁷² Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, JORF du 20 août 1995, p. 12469

kinésithérapeutes »⁷⁷³. Ceci est la conséquence du programme de formation, tel qu'il est défini réglementairement, qui vise à promouvoir l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé pour optimiser les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles en mettant en œuvre un programme identique pour l'ensemble des filières professionnelles.

Enfin, il nous semble important de souligner qu'à aucun moment le décret et l'arrêté du 18 août 1995 relatifs à la création d'un diplôme de cadre de santé ne définissent ce qu'est un cadre de santé mais invite à le faire en se référant à l'annexe I de l'arrêté précité.

À l'époque, Michel GEDDA⁷⁷⁴ s'y était risqué sous la forme d'un schéma plus explicite que de longues explications⁷⁷⁵ (cf. schéma infra).



À terme, l'objectif des pouvoirs publics était d'encourager la mise en œuvre d'une dispensation commune, interprofessionnelle ou par famille professionnelle tout en souhaitant préserver les caractéristiques propres à chacune des filières professionnelles, le texte précisant que « [...] l'objectif de décroisement poursuivi ne saurait en aucun cas conduire à remettre en cause l'identité de chacune des professions ni à autoriser l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle. »

⁷⁷³ Un cadre de santé masseur-kinésithérapeute n'est tenu de s'inscrire au tableau que s'il accomplit effectivement des actes de cette spécialité, Conseil d'Etat, 5ème et 4ème sous-sections réunies, n°357896, 20 mars 2013, Recueil Lebon - Recueil des décisions du conseil d'Etat 2013, n° 6, 21 juillet 2014

⁷⁷⁴ GEDDA Michel, Directeur Général de l'A-3PM de Berck-sur-Mer. L'Association pour la Promotion des Professions Para-Médicales est une association à but non lucratif, régie par les dispositions de la loi du 1er juillet 1901, dont le but est de promouvoir les professions paramédicales. Elle gère l'IFMK de Berck-sur mer ainsi que l'Institut de formation en ergothérapie de la métropole lilloise.

⁷⁷⁵ GEDDA Michel, Débats d'opinion « A colin-maillard », La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute, mai 1997, n°8, p.13-14

Lorsque le décret portant création d'un diplôme de cadre de santé est publié, comme nous l'avons évoqué supra, 3 écoles spécifiques à la formation de masseurs-kinésithérapeutes moniteurs cadres existent : Bois-Larris, Montpellier et Paris.

2. Une réforme synonyme de perte de l'identité professionnelle vécue différemment par les écoles de cadres

Si deux des trois IFCS semblent avoir anticipé la réforme⁷⁷⁶, il n'en n'est pas de même pour la troisième⁷⁷⁷. Éric VIEL, directeur de l'IFCS de Bois-Larris déclare que « [...] la rentrée s'est effectuée normalement sur le nouveau programme. [...] Le stage en établissement hors sanitaire et social correspond à ce que nous avons déjà amorcé [...] Nous poursuivons les contacts avec l'Université de Picardie et l'Université Paris XIII ». Philippe STEVENIN, directeur de l'IFCS Paris – INK après avoir rappelé que l'école est devenue Institut de Formation des Cadres de Santé, souligne que « [...] la rentrée s'est effectuée sans problème, le programme de l'année scolaire 1995-1996 est celui fixé par l'arrêté du 18 août 1995 et il a été immédiatement mis en œuvre, en partenariat avec l'université d'Aix-Marseille I dans le cadre de la Licence des Sciences de l'éducation [...] ». Par contre il n'en fut de même à Montpellier.

Les dirigeants de l'IFCS semblent avoir été, c'est le moins qu'on puisse dire, pris de cours par la réforme lorsqu'on lit leur déclaration « [...] La réforme des Écoles de Cadres, même si elle était prévisible, n'en n'a pas été moins surprenante, par sa soudaineté seulement quelques jours avant la rentrée 1995 ; il est vrai que l'été sert souvent à faire passer des textes délicats... Montpellier prend donc acte de cette réforme mais n'a pas eu le temps matériel de la mettre en place pour cette année. Nous avons donc demandé et obtenu une dérogation – comme le permettaient les textes pour appliquer encore pour un an l'ancien programme [...]. Cependant cela ne semble pas les affecter le moins du monde puisqu'ils concluent que « [...] Les élèves cadres de Montpellier ont donc la chance de faire cette année encore de la Kinésithérapie tout en profitant, bien sûr, d'une formation en MANAGEMENT ET GESTION beaucoup plus étoffé que ces dernières années [...] ». Est-ce l'éloignement

⁷⁷⁶ Décret n° 94-344 du 26 avril 1994 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 3 mai 1994, p. 6399. A compter de la date de publication dudit décret les appellations « école » et « élève » ont été remplacées par « Institut de formation en masso-kinésithérapie » (IFMK) et « étudiants ». Par extension, il en sera de même pour les Ecoles de cadres (ECK) qui deviennent des Instituts de formation de cadre de santé (IFCS).

⁷⁷⁷ Rentrée scolaire 1995 dans les 3 E.C.K, La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute, novembre 1995, n°5, p.12

géographique ou bien l'isolement idéologique qui est responsable de cette situation ? Nous penchons pour la deuxième hypothèse. En effet, les Conseils d'administrations de l'ECK et de l'IFMK étaient composés des mêmes personnalités du monde médical montpelliérain, réfractaires à l'émancipation des masseurs-kinésithérapeutes et, a fortiori, des autres professions paramédicales. Le moins qu'on puisse écrire est que leur politique en l'espèce était de préserver jalousement autant que faire se peut la plus stricte orthodoxie en matière de gouvernance par le corps médical des différentes écoles de formation initiales et de cadres. Nouer un partenariat avec l'Université aurait entraîné un partage de cette gouvernance, donc une perte de pouvoir pour certains membres fondateurs des deux écoles. Cette idéologie se confirmera par la suite puisqu'à ce jour, Montpellier fait toujours partie de la minorité des instituts de formation initiale ayant conservé le concours d'admission comme seule et unique méthode de recrutement. Il faut reconnaître que d'un point de vue économique ce concours d'admission représente une manne financière importante et régulière puisque depuis de longues années pour 75 places (95 depuis peu) plusieurs milliers de postulants candidatent⁷⁷⁸. Plus récemment, au début de l'année 2015, la passation de pouvoir à l'occasion du changement de directeur de l'IFMK a conduit le conseil d'administration à privilégier la candidature de celui qui occupait depuis plusieurs années le poste de directeur adjoint au détriment des deux autres candidats en lice, tous deux cadres de santé et titulaires de diplômes universitaires, dont le sérieux, l'engagement professionnel et les compétences dans des domaines professionnels différents, sont unanimement reconnus par leurs pairs et qui ont largement fait la preuve de leurs talents et de leur volonté à faire progresser la profession en la conduisant vers la voie universitaire.

Les membres du conseil d'administration de l'IFMK de Montpellier ont fait le choix de confier la direction de l'IFMK à celui qui sera le garant de cette orthodoxie de gouvernance source de sclérose et d'immobilisme, Encore une occasion manquée....

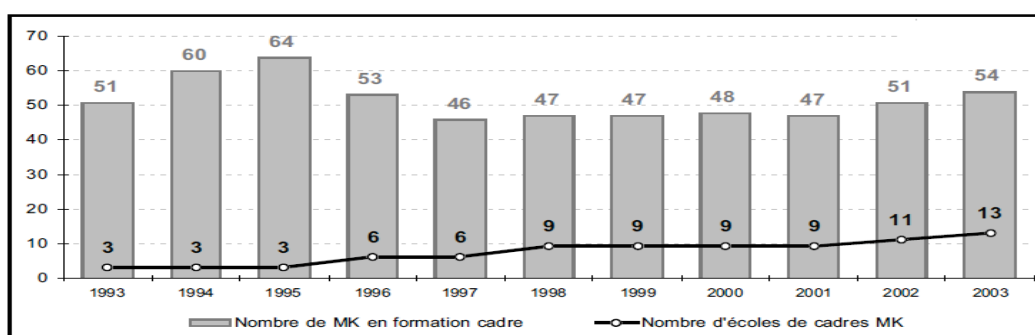
La réaction des dirigeants de l'IFMK de Montpellier est d'autant plus étonnante que dès 1985 une réforme de la formation des moniteurs-cadres en masso kinésithérapie, qui deviendra impérative lorsque le diplôme d'Etat va être réformé en 1989, avait été étudiée par les directeurs des trois écoles de cadres. Le précurseur en la matière était Philippe STEVENIN, alors directeur de l'ECK-INK de Paris, qui dès 1988 avait mis en place l'expérimentation

⁷⁷⁸ En 2015 les frais d'inscription sont de 140 euros, dont 60 euros resteront définitivement acquis par l'IFMK au titre des frais de dossier en cas de désistement ! Source : <http://www.kinemontpellier.org/>

d'un diplôme de cadre en kinésithérapie associé à la filière professionnelle de la Croix-Rouge et de Science de l'Éducation de l'université d'Aix-Marseille⁷⁷⁹.

Du fait de cette réforme, les trois écoles de cadres kinésithérapeutes vont devoir abandonner leur spécificité professionnelle pour se transformer en Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS). En 1997, l'IFCS Bois-Larris va fusionner avec le centre départemental de formation professionnelle de la Croix-Rouge de l'Oise pour former l'Institut de formation Bois-Larris qui, dix ans plus tard, deviendra l'IRFSS (Institut régional de formation sanitaire et social Picardie). L'école des cadres de l'INK ayant signé une convention de partenariat avec la Croix-Rouge va être rapidement phagocytée par cette dernière. Seule l'IFCS Montpellier va survivre en tant que tel jusqu'en 2009, année où la raréfaction des candidatures le condamne financièrement.

En effet, depuis la réforme de 1995, le nombre d'IFCS a quadruplé, essentiellement au sein des CHRU qui disposent de leur propre budget de formation professionnelle. (cf. tableau infra)⁷⁸⁰



Évolution du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en formation de cadre de santé à la rentrée 2003 rapporté au nombre d'IFCS.

Ainsi, à titre d'exemple, à la rentrée scolaire 2003, on dénombrait 13 IFCS qui accueilleraient 54 masseurs-kinésithérapeutes en formation de cadre de santé (Aix- en – Provence : 0, Bois-Larris : 7, Bordeaux (Pessac) : 3, Grenoble : 1, Marseille : 1, Montpellier : 14, Nancy : 2, Nantes : 1, Paris (AP/HP), Paris (Croix-Rouge Française) : 13, Rouen : 1, Saint-Étienne : 1, Strasbourg : 1).

La survivance de l'IFCS de Montpellier est à mettre sur le compte de la forte identité professionnelle qu'il a su garder « contre vents et marées » mais aussi à l'aura de prestige qui

⁷⁷⁹ MONET Jacques, La kinésithérapie, une spécialité médicale impossible? Le livre vers... de la masso-kinésithérapie, CNOMK, juin 2011, p.31

⁷⁸⁰ La lettre du Cadre de santé kinésithérapeute, Septembre 2003, n°20, p. 5

entoure la ville de Montpellier, ses universités en général et son université de médecine en particulier. Les conditions d'agrément des IFCS, d'admission dans ces instituts, le programme de formation, les modalités de validation des modules d'enseignement, celles de délivrance du diplôme de cadre de santé, soit à l'issue de la formation soit par l'équivalence vont être déterminées l'arrêté d'application du décret précité⁷⁸¹.

3. Les études préparatoires au diplôme de cadre de santé

Pour pouvoir être admis à suivre la formation sanctionnée par le diplôme de cadre de santé, il faut bien évidemment que le postulant soit titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant d'exercer une des professions concernées, qu'il ait exercé au moins cinq ans et subi avec succès les épreuves de sélection organisées par chaque institut.

A. Conditions d'admission et régime des études préparatoire au diplôme de cadre de santé

Ce nouveau diplôme de cadre de santé sera délivré aux personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou d'un autre titre leur permettant d'exercer une des professions paramédicales réglementées⁷⁸² ayant suivi la formation dans un IFCS agréé par le ministère de la santé. Il pourra également être délivré par équivalence aux titulaires d'un diplôme, certificat ou d'un autre titre leur permettant d'exercer une des professions mentionnées pour lesquelles il n'existait pas de certificat de cadre antérieurement à la publication du présent décret. Les titulaires d'un des certificats de cadre préexistants (moniteur-cadre d'ergothérapie, cadre infirmier, cadre infirmier de secteur psychiatrique, moniteur de formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique, cadre de laboratoire d'analyses de biologie médicale, cadre manipulateur d'électroradiologie, cadre manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute moniteur, moniteur-cadre de masso-kinésithérapie ainsi que celles et ceux titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier surveillant, d'infirmier-moniteur, infirmier cadre de santé publique) pourront se prévaloir des mêmes droits que les titulaires du diplôme de cadre de santé.

Les épreuves d'admission comportent une épreuve d'admissibilité, écrite et anonyme ; d'une durée de quatre heures, notée sur 20. Il s'agit d'un commentaire d'un ou plusieurs documents relatifs à un sujet d'ordre sanitaire ou social. Sa finalité est d'apprécier les capacités d'analyse

⁷⁸¹ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, JORF du 20 août 1995, p. 12469

⁷⁸² Audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, infirmier, infirmier de secteur psychiatrique, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, opticien lunetier, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, préparateur en pharmacie, psychomotricien, technicien d'analyses de biologie médicale

et de synthèse du candidat, son aptitude à développer et argumenter ses idées par écrit. Le jury ayant été réparti en trois binômes, l'épreuve bénéficiera d'une double correction assurant une meilleure équité. Les candidats ayant obtenu une note égale ou supérieure à 10 sur 20, déclarés admissibles subiront une épreuve d'admission à partir d'un dossier qu'ils auront rédigé, composé d'un curriculum vitae, précisant le déroulement de leur carrière, les formations suivies, les diplômes obtenus ainsi que d'une présentation personnalisée portant sur leur expérience et leurs perspectives professionnelles, participation à des travaux, études, publications, groupes de réflexion, actions de formation et, éventuellement, les responsabilités exercées dans des organismes ou associations. Ils devront également exposer leurs conceptions de la fonction de cadre et leurs projets. L'évaluation de l'épreuve, notée sur 20, est assurée par un jury composé de trois membres. Outre l'examen du dossier cette épreuve comporte un exposé oral de dix minutes, au cours duquel le candidat présente ledit dossier et se termine par un entretien de vingt minutes. In fine, seront déclarés reçus les candidats dont la note finale est égale ou supérieure à 20 sur 40, sans que la note d'admission soit inférieure à 10 sur 20. Le jury des épreuves de sélection, nommé par le préfet de région, comprend, outre le directeur régional des affaires sanitaires et sociales (ou son représentant) qui assure la fonction de président, le directeur de l'institut (ou son représentant), un professionnel, issu de l'une des professions pour lesquelles l'institut de formation des cadres de santé est agréé, enseignant depuis au moins trois ans dans un institut de formation des cadres de santé ou dans tout autre établissement agréé pour la formation préparant à l'un des diplômes, certificats ou autres titres permettant d'exercer l'une des professions visées, un professionnel, issu de l'une des professions pour lesquelles l'institut de formation des cadres de santé est agréé, exerçant depuis au moins trois ans des fonctions d'encadrement dans un service, un directeur d'hôpital, un médecin hospitalier, un enseignant relevant du ministère chargé de l'enseignement supérieur. Les membres du jury ne doivent pas tous exercer leurs fonctions au sein du même établissement hospitalier ou, en ce qui concerne l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, du même hôpital ou groupe hospitalier. L'un au moins des deux professionnels enseignant depuis au moins trois ans dans un institut de formation des cadres de santé ou exerçant depuis au moins trois ans des fonctions d'encadrement dans un service devant appartenir à la même profession que le candidat.

La durée totale de la formation préparatoire au diplôme de cadre de santé est de 42 semaines, (dont une semaine de congé est-il précisé !) pouvant être organisée par les IFCS⁷⁸³, soit de façon continue sur une année scolaire, soit de façon discontinue sur une période n'excédant pas quatre années scolaires. Dans ce dernier cas, l'étudiant devra exprimer son choix au plus tard le jour de la proclamation des épreuves de sélection pour l'admission. La formation débutera chaque année entre le 1^{er} et le 15 septembre et sera dispensée sous la forme de 6 modules capitalisables⁷⁸⁴. Elle devra comporter obligatoirement une période de deux semaines de travail personnel, de recherche et de documentation.

L'annexe II de l'arrêté précité fixe les modalités d'évaluation des différents modules. Les évaluations des modules 1, 2, 4 et 5 seront effectuées par les formateurs de l'IFCS et les professionnels exerçant des responsabilités d'encadrement dans le service d'accueil du stagiaire. La soutenance du mémoire, qui doit obligatoirement porter sur les modules 3 et 6 s'effectuera devant un jury composé du directeur du mémoire, choisi par l'équipe enseignante en concertation avec l'étudiant et d'une personne choisie en raison de sa compétence. L'un au moins des membres du jury devant appartenir à la même profession que le candidat. Lorsque, conformément aux dispositions de l'article 23 du décret l'IFCS aura signé une convention avec l'université, un enseignant relevant du ministère chargé de l'enseignement supérieur sera associé aux évaluations des modules faisant l'objet du partenariat et au jury de soutenance du mémoire.

Pour valider les modules 1, 4 et 5, l'étudiant devra avoir obtenu une note moyenne égale ou supérieure à 10 sur 20 à chacun d'eux. Il en sera de même pour le module 2. Par contre, les modules 3 et 6 seront validés si l'étudiant a obtenu à la soutenance de son mémoire une note moyenne égale ou supérieure à 10 sur 20. La soutenance du mémoire étant conditionnée à la validation préalable des modules 1, 4 et 5. Les étudiants qui n'auraient pas validé un ou plusieurs modules se verront proposer une nouvelle évaluation qui leur permettra de soutenir leur mémoire. Cette soutenance devant impérativement se dérouler avant la date de la première réunion du jury d'attribution du diplôme de cadre de santé. Si un étudiant ayant validé les modules 1, 4 et 5 mais pas les modules 3 et 6, l'IFCS organisera une nouvelle

⁷⁸³ IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

⁷⁸⁴ Annexe I - Formation théorique : Module 1 : initiation à la formation de cadre (90 heures), Module 2 : Santé publique (90 heures), Module 3 : Analyse des pratiques et initiation à la recherche (90 heures), Module 4 Fonction d'encadrement (150 à 180 heures), Module 5 : Fonction de formation (150 à 180 heures), Module 6 : Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnel, Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, JORF du 20 août 1995, p. 12473 et s.,

soutenance du mémoire au plus tard trois mois après la proclamation des résultats du diplôme de cadre de santé.

Par la suite, le diplôme de cadre de santé ne subira que quelques modifications. Alors qu'initialement les candidats devaient justifier d'un exercice professionnel de cinq années pour pouvoir candidater à la formation, en 1997⁷⁸⁵ celle-ci est ramenée à quatre ans. Par ailleurs, il est arrêté que désormais les candidats des DOM-TOM et les candidats étrangers pourront choisir l'IFCS au sein duquel ils souhaitent suivre la formation de cadre de santé. En 1999⁷⁸⁶, une certaine atténuation se fera jour dans les dispositions relatives à la durée de l'exercice professionnel, le texte précisant que les quatre ans exigés peuvent l'avoir été à temps plein mais également en équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves d'admission. De même, il est désormais autorisé aux étudiants n'ayant pas validé un ou plusieurs modules à l'issue, selon le cas, des deux séries d'évaluation ou des deux soutenances de mémoire à suivre les enseignements théoriques et les stages correspondant aux modules non validés tout en conservant le bénéfice des modules précédemment validés.

Le texte précise ensuite la composition, le rôle et les missions des différents organes siégeant au sein des IFCS (jury attribuant le diplôme, conseil technique conseil de discipline). L'arrêté dispose également qu'en plus de la capacité d'accueil agréée dont il dispose, chaque IFCS peut dans la limite de 10 % de cette capacité peut admettre des étudiants étrangers titulaires d'un diplôme, certificat ou titre non validé en France mais permettant dans le pays dans lequel ils ont été délivrés d'exercer une des professions visées au paragraphe 1° de l'article du présent arrêté l'exercice de la profession. Pour ce faire, les étudiants concernés devront subir les mêmes épreuves de sélection que les candidats français, ce qui permettra d'établir une liste de classement supplémentaire distincte de la première.

La validation (dans les mêmes conditions des différents modules par ces candidats étrangers entraînera la délivrance par le préfet de région d'une attestation de réussite pouvant être échangée contre un diplôme de cadre de santé dès que les intéressés remplissent les conditions pour exercer en France la profession au titre de laquelle ils ont suivi la formation de cadre de santé.

⁷⁸⁵ Arrêté du 27 mai 1997 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, JORF du 31 mai 1997, p. 8476

⁷⁸⁶ Arrêté du 16 août 1999 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, JORF du 27 août 1999, p. 12773

Nous avons évoqué les craintes exprimées par certains représentants professionnels quant à la diminution inquiétante des heures de formation pratique au profit d'enseignements théoriques. Avec le recul, nous pensons que ces craintes étaient fondées mais que cette réforme a permis une amorce d'universitarisation de la formation de cadre de santé.

B. Une réforme ayant permis un rapprochement avec l'Université tout en éloignant le cadre de santé du soin

Alors qu'en 1995, commence à poindre la sourde colère d'une grande partie des professionnels paramédicaux contre la non-reconnaissance universitaire de leurs formations et ipso facto de leurs diplômes, la création du diplôme de cadre de santé présente l'intérêt d'habiliter les IFCS à établir, par convention, un partenariat avec les universités pour l'enseignement des modules du diplôme de cadre de santé, de la licence des sciences de l'éducation et de la licence des sciences sanitaires et sociales. De fait, comme nous l'avons évoqué supra, des enseignants relevant du ministère chargé de l'enseignement supérieur participeront aux évaluations de ces modules. De même, devront être pris en compte les modules du diplôme de cadre de santé dans le cadre de la délivrance de la licence des sciences de l'éducation et de celle des sciences sanitaires et sociales et inversement des modules de la licence des sciences de l'éducation et de celle des sciences sanitaires et sociales dans le cadre du diplôme de cadre de santé.

À titre expérimental, du 1^{er} septembre 1996 au 1^{er} septembre 1998, les instituts qui en feront la demande, pourront après avis de la commission permanente interprofessionnelle du CSPP être agréés pour d'autres professions paramédicales notamment celles qui avant la publication du présent arrêté, ne disposaient pas de formation et de certificat de cadre. Cette disposition confirme bien l'esprit de cette réforme qui vise à uniformiser la formation ainsi que la fonction de cadre de santé. In fine, le texte impose la mise en place d'une procédure de suivi et d'évaluation de la formation des cadres de santé dès la rentrée 1995 et précise que les étudiants ayant entrepris leurs études avant le 31 mars 1995 demeureront soumis aux dispositions en vigueur au moment de leur entrée en formation jusqu'à l'achèvement du cycle de formation en cours.

C. Le retentissement de la réforme en matière de gouvernance des écoles et Instituts de formation préparant aux diplômes paramédicaux

Le retentissement de la réforme, notamment en matière de gouvernance des écoles et instituts préparant aux diplômes d'Etat des différentes professions paramédicales ne fut cependant pas du goût de tout le monde. Comme on pouvait s'y attendre le syndicat français de médecine physique et de réadaptation (SYFMER) publia un communiqué dans lequel on pouvait lire « *[] Si les instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie sont un jour dirigés uniquement par des Directeurs, issus de la profession, et non plus par des Médecins, comme cela est encore partiellement le cas, la santé publique est en danger [...]* » en réaction à un projet d'arrêté du secrétariat d'Etat à la santé disposant que « *[...] La direction de l'école est assurée par un masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat titulaire du diplôme de cadre de santé, du certificat de masseur-kinésithérapeute-moniteur ou du certificat de moniteur-cadre de masso-kinésithérapie [...]* ». Comme le souligne François DUFEY⁷⁸⁷ tout dans ce projet portait la marque de la précipitation tant dans la forme que dans le fond. Ainsi, le rédacteur semble avoir oublié que depuis 1994 les instituts de formation en masso-kinésithérapie ont remplacé les écoles de kinésithérapie... Cependant, ce texte implicitement pose deux questions : qui peut et qui doit diriger les IFMK ?

Dans le secteur public, la réglementation prévoit et le recrutement et la formation des futurs directeurs⁷⁸⁸. La sélection s'effectue sur la base d'un concours comportant cinq épreuves écrites anonymes et trois épreuves orales. Les candidats ayant réussi le concours doivent impérativement effectuer un stage d'une année pendant laquelle une formation, composée de quatre modules (stratégie et communication, gestion des ressources humaines, réglementation et gestion administrative et gestion économique et financière) est obligatoire⁷⁸⁹. De surcroît, le postulant est tenu de rédiger une monographie à caractère professionnel soutenue devant un jury composé et présidé par le directeur de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP).

In fine, l'organisation du concours étant assurée par les organismes de tutelle (CHRU et DRASS), le directeur médical de l'Institut n'intervient à aucun moment dans le recrutement du directeur technique. Mais dans le secteur privé il n'en n'est pas de même.

⁷⁸⁷ DUFEY François, Directeur de l'IFMK de l'hôpital Lariboisière (AP-HP), Débats d'opinions, La lettre du Cadre de santé Kinésithérapeute, mai 1997, n°8, p. 8

⁷⁸⁸ Décret n°89-756 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des directeurs d'écoles paramédicales relevant des établissements d'hospitalisation publics, JORF du 19 octobre 1989, p.13054 ; Arrêté du 2 octobre 1990 fixant les modalités des concours sur épreuves prévus à l'article 4 du décret n° 89-756 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des directeurs d'écoles paramédicales relevant des établissements d'hospitalisation publics, JORF du 23 octobre 1990, p.12827

⁷⁸⁹ Arrêté du 22 octobre 1992 relatif à la formation d'adaptation à l'emploi des directeurs des écoles paramédicales, JORF du 5 novembre 1992, p. 15311

Le directeur technique est le plus souvent coopté par le médecin directeur ou choisi par les membres du Conseil d'administration, qui le plus souvent, sont majoritairement des médecins. Les critères de sélection sont, en l'espèce, beaucoup moins objectifs parfois plus opaques... François DUFEY⁷⁹⁰, après avoir souligné que la direction d'un IFMK devrait être confiée au candidat le mieux formé à la pédagogie et au management fait remarquer que ces deux disciplines ne s'apprennent pas obligatoirement sur les bancs des facultés de médecine et que les médecins ne font toujours pas confiance aux masseurs-kinésithérapeutes pour diriger les IFMK ce qui est confirmé par le fait que le syndicat des directeurs d'IFMK refuse d'accueillir les directeurs techniques en son sein.

L'arrêté du 18 août 1995 imposait trois conditions cumulatives pour pouvoir prétendre exercer les fonctions de directeur d'une école de cadres de santé. Bien évidemment être titulaire d'un diplôme, certificat ou d'un autre titre leur permettant d'exercer l'une des professions pour laquelle l'IFCS est agréé, avoir exercé les fonctions d'enseignant pendant au moins deux ans à temps plein dans un institut agréé de formation à l'une des professions paramédicales et être titulaire du diplôme de cadre de santé ou l'un des titres visés à l'article 2 du décret du 18 août 1995 sus visé. La deuxième condition (avoir enseigné pendant au moins deux ans) sera supprimée par un arrêté en date du 14 août 2002⁷⁹¹

Paragraphe 3 Les travaux de réingénierie du diplôme de cadre de santé

S'il n'y avait que peu de différences entre le masseur-kinésithérapeute moniteur de 1967 et le masseur-kinésithérapeute moniteur cadre de 1976, la réforme de 1995 a eu un impact considérable en sur la fonction de cadre. Associée aux différentes réformes hospitalières, elle a même contribué à transformer une fonction en un métier à part entière ce qui, comme nous l'avons évoqué supra a contribué à éloigné les cadres de santé de leurs corps professionnels d'origine et de les enfermer dans des tâches de gestion et de management des équipes. Cette distanciation a été le plus souvent très mal perçue par les professionnels paramédicaux et n'a pas contribué à améliorer le dialogue et la communication au sein des équipes. Depuis 1995, l'environnement réglementaire a peu évolué en matière de cadre de santé. Mais à moyen terme une réforme se profile.

⁷⁹⁰ cf. supra

⁷⁹¹ Arrêté du 14 août 2002 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, JORF du 28 août 1999, p. 14288

En effet, depuis 2011, la DGOS a entrepris un travail de réingénierie du diplôme de cadre de santé⁷⁹² qui s'inscrit dans celle plus générales des professions paramédicales engagée depuis 2006. Les caciques du ministère de la santé ayant pris acte qu'en quelques années, les cadres de santé ont dû faire face à la nouvelle organisation en pôles des services hospitaliers⁷⁹³ qui en bousculant les rapports professionnels et la hiérarchie a contribué à faire évoluer les modes de management hospitaliers (cf. infra)



Facteurs d'évolution des métiers de cadre de santé (Source : DGOS, juin 2012)

La réingénierie⁷⁹⁴ des formations paramédicales a contribué à bouleverser les modes d'apprentissage traditionnels par les pairs et les modes de construction pédagogique. Le rôle et la place des formateurs en institut de formation sont à réajuster. D'autant plus que comme le souligne le rapport précité « [...] d'ici 2015, près de 80% des cadres et cadres supérieurs en poste en 2000 seront partis en retraite ».

L'objectif du projet de réforme est d'adapter la formation des futurs cadres de santé à ce que sera leur exercice professionnel au cours des prochaines années. L'approche privilégiée par les auteurs du rapport a permis de définir que cadre de santé est avant tout un statut qui peut

⁷⁹² Synthèses des travaux du groupe de réflexion Cadre de santé, Travaux du groupe de réflexion CS – SDRH – RH2, Ministère des Affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, Novembre 2012

⁷⁹³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 13 [Article L6146-1 CSP], JORF du 22 juillet 2009, p. 12184

⁷⁹⁴ Réingénierie est un néologisme d'apparition récente issu du mot ingénierie, approuvé par l'Académie française, il a été proposé pour remplacer l'anglicisme engineering avec lequel il est en concurrence (Arrêté du 12 janvier 1973 Enrichissement du vocabulaire pétrolier, JORF du 18 janvier 1973, p.743. il se définit comme étant l'étude globale d'un projet industriel sous tous ses aspects (techniques, économiques, financiers, sociaux), coordonnant les études particulières des spécialistes. Par extension, il s'agit d'une discipline d'applications scientifiques correspondant à un domaine de connaissance en science pure. Le Grand Robert de la langue française, édition numérique, 2014. Réingénierie pourrait se définir comme la remise en cause constructive d'une discipline, d'une activité

se décliner en trois métiers principaux avec chacun un exercice professionnel spécifique : Cadre responsable d'une unité de soins, cadre soignant de pôle et cadre formateur en technique, management et pédagogie des soins. Il ressort de ce rapport que deux des trois métiers (cadre responsable d'une unité de soins et cadre formateur technique, management et pédagogie des soins) ont été particulièrement étudiés.

Le cadre responsable d'une unité de soins aura la charge d'organiser, d'optimiser le séjour du patient en coordination avec l'équipe médicale et de coordonner le parcours de soins puis d'évaluer la pertinence des soins dispensés en élaborant des indicateurs en ce sens. il devra également assurer la gestion la gestion, le développement des compétences ainsi que la mise en place et l'animation des projets. Comme cela est exprimé dans la synthèse du rapport, ce type de cadre devra assurer *« la prise ne charge du parcours du patient, dont la complexité s'accroît [...] et d'autre part l'animation de l'équipe et du collectif de travail à différents niveaux [...] »*

Le cadre formateur en technique, management et pédagogie des soins devra posséder de réelles compétences en ingénierie pédagogique. Il devra concevoir, organiser, gérer et coordonner les différents dispositifs de formation (initiale et continue). Il assurera la prise en charge du parcours de l'étudiant dans un environnement en perpétuelle évolution. Il devra également avoir la capacité d'accompagner la personne dans un projet de formation en alternance.

A ce jour, une question reste en suspens. Quel va être le mode de formation des futurs cadres de santé ? Comme pour les professions de santé, il y aura une universitarisation. Mais sous quelle forme ? Ce peut être le maintien du système de formation existant en l'accotant à l'université ou bien une universitarisation totale en confiant à l'université une complète compétence pour former les professionnels de santé, comme c'est déjà le cas pour les professions médicales. Si cette dernière hypothèse était retenue, elle soulèverait beaucoup de difficultés déjà rencontrées par les infirmières dont la formation a été la première à bénéficier de la réingénierie (difficultés voir impossibilités de signer des conventions, conflit Etat / région sur le financement et le montant de la compensation, etc.).

Pour clore ce chapitre, il nous semble symptomatique que sur les trois métiers l'un n'ait pas été étudié par la mission : celui de cadre soignant de pôle. A notre avis cela traduit, de manière implicite certes, la distance de plus en plus grande qui éloigne celui qui dirige, qui encadre aurait-on dit au XX^{ème} siècle ! Aujourd'hui, le cadre de santé est formaté pour gérer, manager des équipes pluriprofessionnelles, de formations et de cultures différentes. Malgré

les vœux pieux exprimés par les pouvoirs publics, ce n'est plus un soignant. Les techniques évoluent tellement rapidement que le cadre de santé, très rapidement, ne peut plus avoir de discussions techniques approfondies avec ses anciens pairs. Comment alors assurer la cohésion d'une équipe sans privilégier l'autorité hiérarchique ?

Cependant, l'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute également être conditionnée par l'intrusion, serions-nous tenter d'écrire, des règles communautaires en matière de libre circulation des personnes et des services avec leur corollaire : la reconnaissance des qualifications professionnelles.

CHAPITRE II - LA MISE EN PLACE DE QUOTAS D'ACCES AUX ETUDES DE MASSO-KINESITHERAPIE

Parallèlement aux dispositions communes à l'ensemble des professions paramédicales qui vont régir la profession un certain nombre de dispositions légales et réglementaires vont peser sur l'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute. Il en est ainsi de la transposition par les autorités françaises des directives communautaires notamment en matière de reconnaissance des qualifications professionnelles et de libre circulation des personnes et des services et ce d'autant plus que les pouvoirs publics, ayant décidé de retreindre de façon draconienne le nombre de places offertes en première année d'études de masso-kinésithérapie, un grand nombre de jeunes françaises et de jeunes français vont choisir de s'exiler dans différents Etats membres de la Communauté européenne (Belgique puis Espagne, Allemagne, Roumanie plus récemment) pour obtenir un diplôme universitaire de physiothérapeute⁷⁹⁵ qu'ils s'empresseront de faire valider par les autorités françaises pour pouvoir exercer leur art dans l'Hexagone.

C'est au début des années 1980 que le pouvoir en place, inquiet de l'évolution exponentielle des dépenses de santé va mettre en place une politique autoritaire et drastique de limitation du nombre d'étudiants autorisés à poursuivre des études médicales ou paramédicales.

⁷⁹⁵ Physiothérapie: Discipline de la santé intervenant au niveau de la prévention et promotion de la santé, de l'évaluation, du diagnostic, du traitement et de la réadaptation des déficiences et incapacités touchant les systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire de la personne. En d'autres termes, la physiothérapie traite les limitations fonctionnelles découlant de blessures et de maladies affectant les muscles, les articulations et les os, ainsi que les systèmes neurologique (cerveau, nerfs, moelle épinière), respiratoire (poumons), circulatoire (vaisseaux sanguins) et cardiaque (cœur). Source : Ordre des physiothérapeutes du Québec <https://oppq.qc.ca/grand-public/>

Paragraphe 1 L'instauration des quotas d'accès aux études de masso-kinésithérapie

1. Une atteinte à la liberté d'entreprendre des études

L'instauration de la limitation autoritaire du nombre de places offertes en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute est à rechercher dans la loi du 12 juillet 1980⁷⁹⁶.

En effet, c'est à l'occasion des débats et du vote de la loi relative à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière que le Gouvernement va présenter un amendement n° 59 ainsi rédigé : « *Le nombre des étudiants ou élèves admis à entreprendre des études en vue de la délivrance des diplômes, certificats ou autres titres exigés pour l'exercice des professions d'auxiliaires médicaux peut être fixé annuellement, compte-tenu des besoins de la population, dans les conditions et selon les modalités déterminées pour chaque profession par décret en Conseil d'Etat* »⁷⁹⁷

Les débats furent vifs, tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat, car il s'agissait ni plus ni moins d'une atteinte à la liberté d'entreprendre les études de son choix. D'ailleurs, le fait de soumettre cette mesure à la publication d'un décret en Conseil d'Etat prouve que les services du ministère de la santé avaient anticipé les recours contentieux qui ne manqueraient pas de survenir. En effet, en raison de l'objet (atteinte à la liberté individuelle) et de l'importance (organisation des modalités de contrainte de l'administration sur les activités de personnes privées) des futurs décrets pris en la matière, il était nécessaire de les élever au niveau du décret en Conseil d'Etat. La méconnaissance de l'obligation de consulter le Conseil d'Etat aurait été une cause d'illégalité. A titre subsidiaire, nous pouvons remarquer le doux euphémisme dont fait preuve le rédacteur de cet amendement lorsqu'il écrit « [...] *Le nombre des étudiants ou élèves admis à entreprendre des études [...] peut être fixé annuellement*

⁷⁹⁶ Loi n°80-527 du 12 juillet 1980 modifiant certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière et de certaines autres professions d'auxiliaires médicaux, JORF du 13 juillet 1980, p. 1758

⁷⁹⁷ Assemblée nationale, projet de loi n° 1598, Rapport de monsieur BAYARD Henri (1927-), député UDF de la Loire (1976-1993), au nom de la commission des affaires culturelles (n°342, 1979-1980), discussion et adoption le 03 juin 1980 ; Sénat, projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n°287 (1979-1980), rapport de monsieur MEZARD Jean (1904-1997), sénateur CNIP du Cantal (1971-1980) au nom de la commission des affaires sociales, n° 342 (1979-1980), discussion et adoption le 29 juin 1980 ; Assemblée nationale, projet de loi modifié par le Sénat (n°1887), Rapport de monsieur BAYARD Henri, au nom de la commission des affaires culturelles (n°1889), discussion et adoption le 30 juin 1980

[...] » alors que, comme nous le verrons infra, dès l'année suivant un quota sera mis en place, quota qui perdure depuis plus de 30 ans !

A. La nécessaire habilitation législative : l'article L.510-9 CSP

Pour pouvoir mettre en place la limitation du nombre d'élèves admis en première année d'étude en masso-kinésithérapie, une habilitation législative étant nécessaire, in fine de la loi précitée du 12 juillet 1980 un article 13 fut ajouté disposant qu'il est ajouté au livre IV du code de la santé publique un titre VI intitulé « Dispositions diverses » comprenant l'article L.510-9 rédigé comme suit : « *Le nombre des étudiants ou élèves admis à entreprendre des études en vue de la délivrance des diplômes, certificats ou autres titres exigés pour l'exercice des professions d'auxiliaires médicaux peut être fixé annuellement, compte-tenu des besoins de la population, et de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques, dans les conditions et selon des modalités déterminées pour chaque profession par décret en Conseil d'Etat, après consultation de la commission compétente du conseil supérieur des professions paramédicales [...]* »

Par rapport au texte du projet initial, deux mentions importantes ont été rajoutées. Alors que dans la version originelle seule était mentionnée l'obligation pour les pouvoirs publics de prendre en compte les besoins de la population, le législateur lui a associé la nécessité de remédier aux inégalités géographiques qui existaient déjà en 1980 (mais n'ont-elles pas toujours existé⁷⁹⁸?) et qui existent toujours. Plus de trente ans après la mise en place des « quotas d'admission en première année d'études de masso-kinésithérapie on ne peut que constater l'inutilité et le cuisant échec de cette mesure en matière d'amélioration de l'efficience démographique. La seconde mention, qui est un rappel à la réglementation existante impose au Gouvernement de consulter préalablement la commission compétente du Conseil supérieur des professions paramédicales. Il n'est pas anodin de remarquer que le législateur a été dans l'obligation d'ordonner au pouvoir exécutif de solliciter l'avis de l'organe consultatif compétent en la matière, le Conseil supérieur des professions paramédicales qu'il a lui-même créé. Rappelons que la première mission du CSPP est de donner son avis sur les questions intéressant l'exercice des professions paramédicales réglementées au livre IV du code de la santé publique, à la demande du ministre chargé de la santé publique.

⁷⁹⁸ Au XIXème siècle, les officiers de santé n'étaient-ils pas la réponse apportée par le pouvoir pour remédier au manque de docteurs en médecine dans les campagnes ?

La mise en place de cette mesure, à la fin du premier trimestre de l'année 1981⁷⁹⁹ va bouleverser durablement la profession car très rapidement, compte-tenu de l'engouement manifesté par les jeunes générations pour la profession, le concours d'admission en 1^{ère} année d'études préparatoires au diplôme d'Etat va devenir un des plus exigeants et des plus élitistes. Cela aura pour conséquence de pousser un nombre de plus en plus important de jeunes bacheliers à mettre à profit les règles communautaires en matière de libre circulation des personnes pour aller effectuer leurs études d'abord en Belgique puis, lorsque ce pays aura restreint les conditions d'accueil des étudiants étrangers⁸⁰⁰, en Allemagne, en Espagne, en Roumanie.

B. Au-delà de l'argutie officielle : des visées économiques

Le ministre de la santé et de la sécurité sociale⁸⁰¹ lorsqu'il présenta cet amendement devant les députés présenta cette mesure comme « [...] réaliste car [tirant] les leçons de la démographie médicale, la pléthore actuelle [plaçant] la profession médicale dans une situation difficile, sans pour autant améliorer la protection sanitaire des Français, car en matière de santé publique, l'augmentation de la quantité n'est pas nécessairement synonyme d'amélioration de l'efficacité [...] ».

Le second argument avancé fut qu'il fallait s'appuyer sur l'expérience de la profession médicale pour mettre en place, pendant qu'il en était encore temps, des moyens de contrôle du rythme de délivrance annuel des diplômes pour éviter que de trop nombreux étudiants s'engagent dans une voie qui se révélerait bouchée, faute d'emplois disponibles pour les nouveaux diplômés.

Pour étayer son argumentation, le ministre rappela que pour les professions paramédicales, il n'était pas encore trop tard, ces professions connaissant une démographie satisfaisante à l'exception de deux de ces professions, les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes. Pour les infirmières il rappela que « [...] plus de 7 000 diplômes par an ont été délivrés entre 1960 et 1969, contre 400 entre 1950 et 1959, nous avons atteint un rythme de formation –

⁷⁹⁹ Décret n° 81-290 du 31 mars 1981 portant application de l'article L.510-9 du code de la santé publique à la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 1er avril 1981, p. 907

⁸⁰⁰ Décret régulant le nombre d'étudiants dans certains cursus de premier cycle de l'enseignement supérieur du 16 juin 2006, Supérieur universitaire V.C.134, Lois 30746 p.1, source : Centre de documentation administrative <https://www.ulg.ac.be/upload/docs/application/pdf/2012-08/>

⁸⁰¹ BARROT Jacques (1937-2014), avocat, homme politique français, député UDF puis UMP de la Haute Loire (1967-2004), Vice-président de la Commission européenne (2004-2009), membre du Conseil Constitutionnel depuis mars 2010, plusieurs fois ministre, ministre de la santé et de la sécurité sociale (juillet 1979- mai 1981) ; sources Assemblée Nationale.fr

destiné au départ à rattraper des retards – qui risque d’entraîner pour les élèves des dernières promotions des difficultés à trouver un emploi[...] ». Cependant, pour les masseurs-kinésithérapeutes, curieusement, Jacques BARROT en homme politique expérimenté, ne cita aucun chiffre et resta dans le domaine des généralités en se contentant d’affirmer que « [...] les premiers signes d’un flux de formation excessif commencent à apparaître [...] les principales organisations syndicales que nous avons consultées nous ont donné leur plein accord sur cette disposition visant à contrôler le rythme de délivrance annuel des diplômes ». Avant de conclure son intervention, il insista sur le fait que cette mesure était réaliste et raisonnable et que le souhait du Gouvernement était de pouvoir maîtriser si besoin est les flux de formations des professions paramédicales et il rappela que le but était d’assurer la qualité des professionnels en veillant à ce que le flux de la formation soit conforme aux besoins. De l’intervention ministérielle deux éléments méritent d’être mis en exergue.

Le premier, est que Jacques BARROT intervenait en tant que ministre de la santé ET de la sécurité sociale. C’est-à-dire en tant que responsable de la santé publique mais également en tant que responsable de l’engagement des dépenses de santé, même si en l’espèce cette responsabilité est indirecte puisqu’à l’époque le ministre de tutelle validait ou non les accords conventionnels signés entre les Caisses d’assurance maladie et les organisations professionnelles représentatives de chaque profession de santé. Ce simple rappel nous incite à penser que l’argument d’un éventuel chômage des jeunes diplômés était le rideau de fumée servant à dissimuler aux quelques naïfs, prenant comme agent comptant les déclarations d’un homme politique, l’objectif de tenter de réduire les dépenses de santé, notamment en secteur libéral, par la maîtrise de la délivrance des diplômes. Moins de diplômés entraînant ipso-facto moins de professionnels en exercice.

Le second est très étonnant, surtout lorsqu’on l’analyse plus de trente ans plus tard. Le ministre insista sur le fait que cette mesure était « [...] un moyen très important d’obtenir des ministres de la Communauté européenne qu’il en soit ainsi dans chacun des Etats membres »⁸⁰². Cette disposition fut fortement contesté par notamment par les députés de l’opposition. Avant d’être adopté par 286 voix pour et 199 voix contre, les différents orateurs insistèrent sur le fait qu’en se dotant des moyens de limiter les flux de formation, rien n’imposait au Gouvernement d’agir dès à présent et que c’est en fonction de la situation de chaque profession et chaque année que les dispositions pourraient être prises. Cependant, pour

⁸⁰² Assemblée nationale, seconde session ordinaire de 1979-1980, 57^{ème} séance, 2^{ème} séance du mardi 3 juin 1980, Journal officiel, n° 35 A.N. (C.R.) (suite), mercredi 4 juin 1980

que la concertation avec les professions soit poursuivie, à la demande du rapporteur de la commission la mention « [...] après consultation de la commission compétente du Conseil supérieur des professions paramédicales [...] » fut rajoutée au texte initial. Le Sénat⁸⁰³, amenda le texte en adoptant un amendement précisant qu'il serait tenu compte des inégalités géographiques dans l'établissement de la sélection limitant le nombre des étudiants s'engageant dans une formation menant à un diplôme d'une des professions paramédicales.

La restriction apportée à la liberté d'entreprendre des études paramédicales, présentée par le ministre de la santé de l'époque comme la panacée qui permettrait de résoudre les problèmes démographiques « à venir » de certaines professions paramédicales, se révélera lourde de conséquences à moyen et long termes en matières de recrutements des étudiants désireux d'entreprendre des études de masso-kinésithérapie. Exprimée de manière sibylline en 1980 par Jacques Barrot, ministre de la Santé, la mise en place de quotas d'admission en première année d'études préparant au diplôme de masseur-kinésithérapeute fut imposée sans concertation par les pouvoirs publics qui d'autorité la mirent en application très rapidement. En ce domaine où le réglementaire rejoint l'économique, le Gouvernement usa d'un comportement à l'opposé de ce que préconisait Adam Smith avec sa théorie de la « main invisible ». Alors que dans une économie de marché ouvert, l'action de chaque individu pour protéger ses intérêts et accroître ses gains va, sans que l'acteur ne le veuille explicitement, participer à la prospérité générale, en l'espèce, en préconisant la mise en place de quotas d'entrée en formation pour prévenir une pléthore alléguée du nombre de professionnels et en présentant cette mesure comme protectrice des futurs jeunes diplômés, les pouvoirs publics ne résolurent aucun problème. La démographie professionnelle continua à progresser, la répartition loin de s'améliorer se dégradera inexorablement au cours des années. In fine la valeur de la lettre-clef des masseurs-kinésithérapeutes stagnera pendant de longues périodes pour tenter de limiter les dépenses de soins de masso-kinésithérapie libérale entraînant une paupérisation des professionnels libéraux. Adam Smith, n'était-il pas visionnaire lorsqu'il écrivait « [...] Je n'ai jamais vu que ceux qui aspiraient, dans leurs entreprises de commerce, à travailler pour le bien général, aient fait beaucoup de bonnes choses [...] »⁸⁰⁴ Chacun

⁸⁰³ Rapport de monsieur MEZARD Jean, au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée Nationale, modifiant certaines dispositions du Code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière, Sénat, n° 342 (1979-1980), discussion et adoption le 29 juin 1980 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n°287 (1979-1980),

⁸⁰⁴ SMITH Adam (1723 - 1790), philosophe, économiste britannique du siècle des Lumières. Il est considéré comme étant le père de la science économique moderne. Son principal ouvrage « La richesse des nations » est un

s'accorde à penser que le but non avoué des pouvoirs publics était, en limitant le nombre de diplômés, de contenir le montant des dépenses de santé. L'évolution de la démographie des professions de santé et de l'offre de soins le démontre. On a vu ce que ça a donné...

Les quotas seront déterminés à partir de rapports remis à la Haute administration de la santé par chaque DRASS la mise en œuvre des quotas.

2. La mise en œuvre des quotas

A. Les conditions de mise en œuvre des quotas

Tous les ans, chaque directeur des DRASS devra adresser au ministre un rapport sur la situation de l'emploi et de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que sur les besoins prévisibles en masseurs-kinésithérapeutes de la région au cours des trois années à venir. Le texte dispose que ce rapport doit Constat, Évaluer, Proposer. Le constat porte sur l'importance, la densité, l'âge moyen, la répartition géographique et par âge ainsi que les facteurs de morbidité⁸⁰⁵ de la population de la région. Il en est de même pour les masseurs-kinésithérapeutes en exercice dans la région (exercice à titre libéral ou en qualité de salarié, répartition géographique, densité par rapport aux différents groupes de population). In fine, les capacités de formation des écoles de masseurs-kinésithérapeutes de la région sont prises en compte⁸⁰⁶. Ces conditions seront une première fois modifiées en 1988. La périodicité des rapports devant être adressés au ministre de la santé par les préfets sera portée à cinq 5 ans (au lieu de trois) et les nouvelles normes seront applicables aux trois années scolaires suivantes et il ne lui sera plus nécessaire de se référer au rapport du médecin inspecteur régional de la santé ayant dû au préalable consulter les médecins inspecteurs départementaux de la santé⁸⁰⁷ puis en 2004⁸⁰⁸ L'évaluation doit faire ressortir l'évolution prévisible des éléments précités à

des textes fondateurs du libéralisme économique. « *Recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations* », IV, 2 (1776), réédition, éd. Flammarion, 1991, tome II, p. 42-43.

⁸⁰⁵ Morbidité : du point de vue statistique, nombre (absolu ou relatif) des malades dans un groupe donné et pendant un temps déterminé. Sources : Le Grand Robert de la langue française, édition numérique, 2014

⁸⁰⁶ Décret n° 81-290 du 31 mars 1981 portant application de l'article L.510-9 du code de la santé publique à la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 1^{er} avril 1981, p. 907

⁸⁰⁷ Décret n°88-1235 du 30 décembre 1988 modifiant les décrets n° 81-290 du 31 mars 1981 et n° 81-421 du 29 avril 1981 portant application de l'article L.510-9 du code de la santé publique aux professions de masseur-kinésithérapeute et d'infirmier ou infirmière, JORF du 31 décembre 1988, p. 16828

⁸⁰⁸ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF du 08 août 2004, p. 37087. Article D. 4321-18 CSP « *Sont fixées, après avis de la commission des masseurs-kinésithérapeutes du Conseil supérieur des professions paramédicales, par arrêté du ministre chargé de la santé : Les conditions d'accès des candidats aux études conduisant au diplôme d'Etat, les modalités d'admission, la nature des épreuves, les conditions dans lesquelles les handicapés visuels sont dispensés des épreuves d'admission.* »

l'échéance de trois ans, en prenant en compte de la durée moyenne d'exercice professionnel constatée pour les masseurs-kinésithérapeutes de la région et du nombre devant cesser leur activité. Selon les mêmes critères, devra également être évalué le nombre d'emplois salariés à créer et des installations à titre libéral à envisager pour répondre de façon satisfaisante aux besoins de la population dans la région et les différents départements de celle-ci. Enfin, le rapport proposera, le cas échéant est-il précisé, le nombre d'élèves pouvant être admis en première année dans la ou les écoles agréées de masseurs-kinésithérapeutes de la région lors de la rentrée scolaire suivante. Ce n'est qu'après avoir pris connaissance de l'ensemble des rapports des directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales que le ministre de la santé fixera par arrêté, pour chaque école agréée, le nombre maximum d'élèves pouvant être admis. Il ne sera pas tenu compte des redoublants en première année lors de la rentrée suivante. Ce nombre est fixé, après avoir pris en compte les besoins de la population à l'expiration de la période triennale suivante. L'objectif est de réduire les inégalités constatées entre les différentes régions dans la satisfaction de ces besoins.

L'arrêté, pris après avis de la commission des masseurs-kinésithérapeutes du CSPP, devra être impérativement publié au JORF avant le 1^{er} mars de chaque année. À titre transitoire, il est prévu que le nombre maximum d'élèves pouvant être admis en 1^{re} année d'études en 1981 est fixé à 1583 et pour chaque école par arrêté du ministre de la santé, pris après avis de la commission des masseurs-kinésithérapeutes du conseil supérieur des professions paramédicales, sur la base d'un rapport établi par un groupe de travail de cette commission et portant sur les éléments d'appréciations évoqués supra (Constater, Évaluer, Proposer).

Application de l'article 6 du décret portant application de l'article L. 510-9 du code de la santé publique à la profession de masseur-kinésithérapeute.

Le ministre de la santé et de la sécurité sociale,
Vu le code de la santé publique, livre IV, titre III ;
Vu la loi n° 80-527 du 12 juillet 1980, article 13 ;
Vu le décret n° 81-290 du 31 mars 1981 portant application de l'article L. 510-9 du code de la santé publique à la profession de masseur-kinésithérapeute ;
Vu l'avis du conseil supérieur des professions paramédicales (commission des masseurs-kinésithérapeutes),

Arrête :

Art. 1^{er}. — Le nombre d'élèves admis à entrer en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute (session 1981) dans les différentes écoles, à l'exception des écoles pour déficients visuels, est fixé comme suit :

Auvergne.

Ecole de massage et de kinésithérapie de Vichy : 56.

Provence-Côte d'Azur.

Ecole de masso-kinésithérapie du C. H. U. de Nice : 40.
Ecole de massage médical et de kinésithérapie de Marseille : 127.

Franche-Comté.

Ecole de masso-kinésithérapie du C. H. R. de Besançon : 19.

Bourgogne.

Ecole de l'association dijonnaise pour l'enseignement de la masso-kinésithérapie, à Dijon : 31.

Midé-Pyrénées.

Ecole régionale de masso-kinésithérapie de Toulouse : 87.

Aquitaine.

Institut de formation aux carrières de santé du C.H.R. de Bordeaux : 40.

Languedoc-Roussillon.

Ecole de la clinique Saint-Eloi, à Montpellier : 90.

Bretagne.

Ecole de Rennes : 75.

Pays de la Loire.

Ecole de massage, kinésithérapie, rééducation de Nantes : 82.

Centre.

Ecole de masso-kinésithérapie du C.H.R. d'Orléans : 23.

Lorraine.

Ecole de masso-kinésithérapie de Nancy : 47.

Nord - Pas-de-Calais.

Ecole de kinésithérapie du Nord de la France, à Lille : 87.
Ecole de masso-kinésithérapie de la région sanitaire de Lille : 61.
Ecole de masso-kinésithérapie de l'hôpital maritime de Berck : 38.

Alsace.

Ecole de masso-kinésithérapie du C.H.R. de Strasbourg : 61.

Rhône-Alpes.

Ecole de masso-kinésithérapie du C.H.R. de Grenoble : 36.
Ecole de kinésithérapie de la faculté de médecine de Lyon : 80.

Région d'Ile-de-France.

Ecole française d'orthopédie et de massage, 118 bis, rue de Javel, Paris : 101.
Ecole française de masso-kinésithérapie, 75, boulevard Saint-Michel, Paris : 58.
Centre d'enseignement pratique de masso-kinésithérapie, 28, rue d'Assas, Paris : 119.
Ecole féminine de kinésithérapie Andrée-Joly, Paris : 36.
Fondation médico-gymnastique pédagogique et sociale du Docteur de-Sambucy : 108.
Ecole supérieure de masso-kinésithérapie, 17, rue de Liège, Paris : 88.
Hôpital Lariboisière (A.P.) : 37.
Hôpital des Enfants malades : 83.
Institut de kinésithérapie du Docteur-Kind, 92 - Châtenay-Malabry : 62.
Centre pédagogique de masso-kinésithérapie de l'établissement national des convalescents de Saint-Maurice : 97.

Haute-Normandie.

Ecole de masso-kinésithérapie du C.H.U. de Rouen : 30.

Poitou-Charentes.

Ecole de masso-kinésithérapie du C.H.R. de Poitiers : 23.

Limousin.

Ecole régionale de masso-kinésithérapie de la Croix-Rouge française à Limoges : 21.

Arrêté du 31 mars 1981 pris en application de l'article 6 du décret portant application de l'article L.590-9 du code de la santé publique à la profession de masseur-kinésithérapeute,

Cependant, les masseurs-kinésithérapeutes ne furent pas les précurseurs en la matière puisque les études médicales furent les premières à être victimes d'une telle mesure.

B. Le numerus clausus relatif aux études médicales : un précédent aux quotas

Ce sont les professions médicales qui eurent le triste privilège d'inaugurer, en 1971, la politique du numerus clausus mise en place par les pouvoirs publics à la demande d'une partie du corps médical⁸⁰⁹. En la matière, ce sont les événements du mois de mai 1968 qui en provoquant un véritable électrochoc sur une grande partie du corps médical hospitalo-universitaire va inciter différents représentants des syndicats de médecins à demander aux autorités de tutelle la création d'un concours dès le début des études de médecine. Pendant longtemps le nombre d'étudiants en médecine était resté stable. Il augmente fortement au début des années 1960, passant de 35 300 à la rentrée universitaire 1963-1964 à 59 800 en 1967-1968, soit une hausse de 69 % en quatre ans. Le contingent des étudiants inscrits en année préparatoire de médecine, quant à lui, va exploser (+144 %) comme celui des étudiants en première année de médecine (+94 %).

Dans le passé, le corps médical avait déjà revendiqué une limitation du nombre d'étudiants (avant la Seconde Guerre mondiale et dans l'immédiat après-guerre) mais cette fois-ci cette demande va être exaucée. D'une part parce que la Constitution de la Cinquième République ayant considérablement renforcé l'autorité du pouvoir exécutif celui-ci peut prendre des décisions par voie réglementaire sans avoir à en référer obligatoirement au Parlement tout en étant conscient que cette mesure peut s'avérer risquée sur le plan politique car impopulaire et génératrice de tensions dans les universités. D'autre part, les services de la direction du Budget tiraient depuis longtemps la sonnette d'alarme devant l'augmentation considérable des dépenses de fonctionnement des Universités obligées d'accueillir chaque année toujours plus d'étudiants. Marc-olivier DEPLAUDE cite dans son article une note de la Direction du Budget ayant été rédigée pour servir de référence au comité interministériel réuni le 5 décembre 1969 dans le but de mettre en place une réforme des études médicales et qui résume exactement les motivations de la mise en place d'un numerus clausus. Les auteurs après avoir souligné que « [...] le problème posé par l'afflux des étudiants en médecine est celui de l'adaptation des effectifs à celui des postes de médecins nécessaires à l'encadrement sanitaire de notre population [...] », estiment nécessaire de résoudre prioritairement ce problème de manière objective et soulignent-ils en recueillant autant que possible l'accord des

⁸⁰⁹ DEPLAUDE Marc-Olivier, Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68, Revue d'histoire de la protection sociale, n° 2, 2009, p. 78-100

intéressés. Sans cela les études médicales « [...] soulèveront des difficultés renouvelées et le risque qui pèsera sur les finances publiques serait considérable [...] ». Ensuite, l'accent est mis sur le pouvoir de fait que détiennent « [...] les médecins et leurs auxiliaires dans l'engagement des dépenses de santé [...] ».

Tout en rappelant qu'il n'est pas question de vouloir restreindre les dépenses de santé par une réduction des effectifs, l'auteur du rapport souligne avec insistance que [...] « l'addition de vocations individuelles pour l'exercice de la médecine commande aux autorités responsables, de manière indirecte mais irréversible, la place qui devra, pendant de longues années, être assignée aux dépenses de santé parmi les autres dépenses de la Nation [...] »

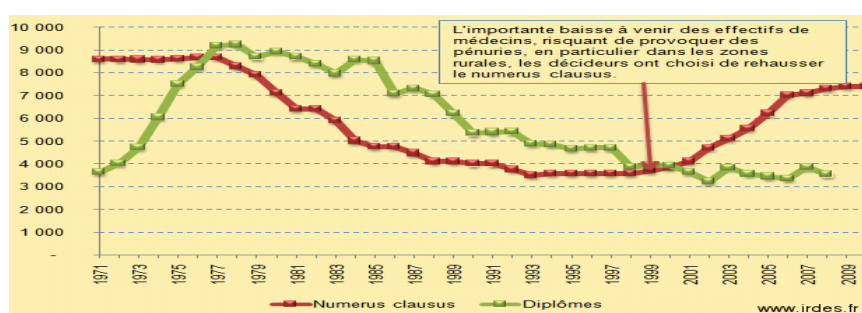
En 1970, un premier projet de règlement fixant le nombre d'étudiants autorisé à poursuivre des études de médecine ayant été censuré par le Conseil d'Etat au motif que la loi du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur⁸¹⁰ interdit toute sélection quantitative, le Gouvernement va procéder par étapes. Dans un premier temps, dans la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière⁸¹¹, l'article 18 crée, dans chaque centre hospitalier et universitaire, un comité de coordination hospitalo-universitaire qui devra être obligatoirement consulté sur le choix des priorités en matière d'équipement hospitalier et universitaire et précise qu'un décret à paraître fixera « [...] les cas où son avis est requis ». Dans un second temps, l'article 5 du décret n° 71-683⁸¹² ordonne que le comité de coordination hospitalo-universitaire soit obligatoirement consulté sur « [...] le nombre d'étudiants en médecine et en odontologie susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers tant du centre hospitalier régional que des autres établissements qui ont passé convention à cet effet avec le centre hospitalier et universitaire ou le centre de soins, d'enseignement et de recherches dentaires ». On ne peut qu'admirer la très grande habileté rédactionnelle. À aucun moment, ne sont employés les mots qui fâchent : « sélection, concours, etc. ». Il n'est question que d'une banale limitation du nombre d'étudiants admis en 2^e année en fonction du nombre de places mises à disposition dans les services hospitaliers pour assurer une formation pratique et clinique de qualité. La messe est dite.

⁸¹⁰ Loi n°68-978 du 12 novembre 1968 dite Edgar Faure d'orientation de l'enseignement supérieur, JORF du 13 novembre 1968, p. 10579

⁸¹¹ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 03 janvier 1971, p. 67

⁸¹² Décret n°71-683 du 17 août 1971 relatif à la composition, aux attributions et aux conditions de fonctionnement des comités de coordination hospitalo-universitaire, JORF du 20 août 1971, p 8294

Au journal officiel du 23 octobre 1971⁸¹³, est publié le premier arrêté, signé conjointement par le ministre de l'éducation nationale et celui de la Santé, fixant « [...] le nombre d'étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers [...] ». Dès la rentrée 1974-1975, le *numerus clausus* est fixé à 25 764 pour l'année 1974-1975. D'un point de vue pratique, cela signifie que, compte tenu des étudiants déjà en cours de formation, les facultés de médecine ne pourront accueillir, lors de la rentrée universitaire de 1972, qu'environ 8 600 étudiants en deuxième année. Depuis, le niveau du *numerus clausus* évoluera au gré des décisions politiques. Il serait hors de notre sujet d'évoquer ses conséquences, particulièrement néfastes en matière d'offre de soins et d'accès à ceux-ci. Le tableau ci-dessous vaut tous les discours.



Évolution du *numerus clausus* en médecine/odontologie et du nombre de diplômés entre 1971 & 2010

En l'espèce, il nous semble intéressant de remarquer que cette sélection autoritaire des étudiants désireux d'engager des études les préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute a toujours été qualifiée de « quota » alors que la sélection mise en place pour les études médicales était, et est toujours, appelée « *numerus clausus* ».

C. Quotas - *Numerus clausus* : des appellations différentes pour des mesures presque identiques

Étymologiquement, « *numerus clausus* » est une expression latine attestée depuis 1908 en français qui signifie « nombre fermé », « clos » (de *claudere*, *clausus* « fermer »). Le terme désigne une limitation appliquée de manière discriminatoire à une catégorie de personnes, d'abord aux étudiants d'origine juive en Europe centrale (le terme pouvant avoir été formé en allemand), puis à toute mesure de sélection autoritaire⁸¹⁴, ce qui est le cas en l'espèce. Quota

⁸¹³ Arrêté du 21 octobre 1971 portant fixation pour l'année universitaire 1974-1975 du nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers relevant tant des centres hospitaliers et universitaires et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire que des établissements avec lesquels les dits centres ont passé convention, JORF du 23 octobre 1971, p. 10449

⁸¹⁴ Alain Rey, Dictionnaire historique de la langue française, le Robert éd., 2012

est un nom masculin (1920) emprunté à l'anglais *quota* « quote-part » (1668), emprunt au latin *quota*, féminin de l'adjectif *quotus* « en quel nombre, quel », dérivé de *quot* « combien nombreux, aussi nombreux ». D'usage récent, le terme est utilisé en économie pour désigner un contingent, un pourcentage déterminé⁸¹⁵.

La différence des appellations est, dans l'inconscient collectif, vraisemblablement liée au fait que dans un cas, on ferme l'accès à l'issue d'un concours organisé à l'issue d'une première année de formation universitaire alors que dans le second cas, c'est l'accès à la formation initiale qui est contingenté et uniquement réservé à celles et ceux dont le classement au concours d'admission leur permettra d'intégrer l'école choisie. Qu'est-ce qui peut justifier cette différence d'appellation ? Certes, il existe une différence entre les deux mesures puisque pour les masseurs-kinésithérapeutes les quotas concernent le nombre maximum d'élèves pouvant être admis en 1^{re} année d'études alors que pour les études médicales le *numerus clausus* s'applique aux étudiants à l'issue de la première année d'études médicales. Et pour cause ! L'article 14, alinéa 2 de la loi du 26 janvier 1984⁸¹⁶ sur l'enseignement supérieur précise que « [...] *Le premier cycle est ouvert à tous les titulaires du baccalauréat et à ceux qui ont obtenu l'équivalence ou la dispense de ce grade en justifiant d'une qualification ou d'une expérience jugées suffisantes conformément à l'article 5 [...]*, l'alinéa 4 de l'article précité ordonnant que « [...] *Tout candidat est libre de s'inscrire dans l'établissement de son choix. Les dispositions relatives à la répartition entre les établissements et les formations excluent toute sélection [...]* ». Toute mesure visant à restreindre cette liberté d'accès aux études supérieures étant systématiquement sanctionnée par les magistrats du Conseil d'Etat⁸¹⁷, la sélection sera réalisée à l'issue de la première année universitaire.

⁸¹⁵ cf. *supra*.

⁸¹⁶ Loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur, JORF du 27 janvier 1984, p.431, code de l'éducation article L.621-3, modifié par la loi n°2013-660 du 22 juillet 2013, article 33 « *Le premier cycle est ouvert à tous les titulaires du baccalauréat et à ceux qui ont obtenu l'équivalence ou la dispense de ce grade en justifiant d'une qualification ou d'une expérience jugées suffisantes conformément à l'article L. 613-5.* »

⁸¹⁷ CE, 08 janvier 1992, Université Paris X Nanterre c/ Mlles. Randriamitsoa et Letruez, n° 111648 ; 28 juin 1996, Université de Clermont-Ferrand, n° 134048 ; 28 octobre 1996, M. Lorant, n° 139003 ; 05 novembre 2001, Ministre de l'Education Nationale, n° 215351 ; 19 août 2009, Mlle. Samira Houas, n° 328781 ; 1er décembre 2009, n° 333222

Paragraphe 2 Quotas, démographie professionnelle et statistiques

Le nombre d'élèves admis en première année d'études de masso-kinésithérapie va lui aussi évoluer annuellement ce qui aura bien évidemment une répercussion sur le nombre de diplômés d'Etat.

1. Quotas et évolutions de la démographie professionnelle

La mise en place des quotas va à n'en point douter avoir des conséquences sur la démographie professionnelle que ce soit en termes de diplôme délivré que de nombre de praticiens en exercice.

A. Quotas et évolutions du nombre de diplômes d'Etat délivrés

Le tableau ci-dessous nous offre un panorama de l'évolution du nombre des nouveaux diplômés en masso-kinésithérapie⁸¹⁸.

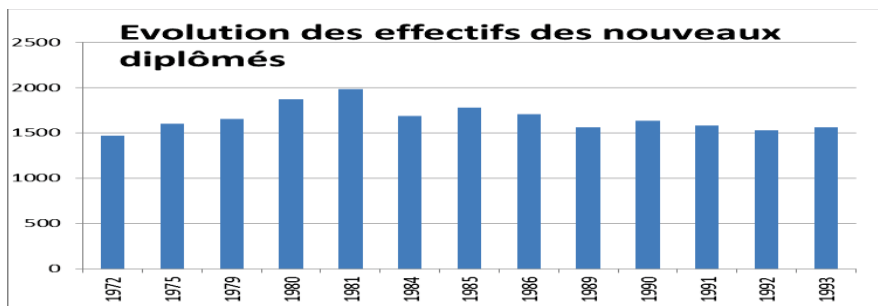
Années de délivrance	Nombre de diplômes	Années de délivrance	Nombre de diplômes	Années de délivrance	Nombre de diplômes
1953	350	1973	1794	1993	1560
1954	383	1974	1659	1994	1581
1955	437	1975	1598	1995	1537
1956	500	1975	1791	1996	1496
1957	473	1977	1829	1997	1559
1958	644	1978	1806	1998	1479
1959	635	1979	1646	1999	1504
1960	716	1980	1863	2000	1604
1961	698	1981	1962	2001	1439
1962	873	1982	1758	2002	1509
1963	1048	1983	1803	2003	1372
1964	1172	1984	1563	2004	1482
1965	1302	1985	1780	2005	1535
1966	1551	1986	1702	2006	1566
1967	1778	1987	1487	2007	1722
1968	1927	1988	1434	2008	1948
1969	2374	1989	1563	2009	2034
1970	2515	1990	1626	2010	1946
1971	405	1991	1578	2011	1869
1972	1458	1992	1528	2012	2038

Nombre de diplômes d'Etat de masseur-kinésithérapeute délivrés entre 1953 et 2012

D'un point de vue démographique, on peut constater que c'est à partir de l'année 1963 que le nombre de diplômes délivrés augmente significativement et que le seuil des mille diplômes est franchi (1 048). Si on prend l'année 1963 comme référence, on constate que trois ans plus tard, ce sont 1 551 qui sont délivrés, soit une augmentation de 148 %. En 1969, la barre des 2 000 diplômes est dépassée (2 374 / + 226,53 %). L'onde de crue sera atteinte en 1970 avec 2 515 diplômes (+240 %). Nous ne prendrons pas en considération l'année 1971 que nous pourrions la qualifier d'année blanche dans la mesure où les études étant passées à 3 ans, les

⁸¹⁸ De 1946 à 1952 inclus 1648 diplômes d'Etat ont été délivrés.

élèves qui ont commencé leurs études 2 ans plus tôt ne passèrent le diplôme d'Etat qu'en 1972. Entre 1972, date de la première promotion ayant bénéficié de trois années d'études et 1981 date de la mise en place des quotas, il y a eu une augmentation de 34,8 % du nombre de diplômés comme nous l'indique le tableau infra⁸¹⁹.



Cette évolution peut sembler conséquente mais il faut la comparer à celle du nombre de bacheliers à la même période. En 1972, le taux de succès au baccalauréat était de 65,3 %, ce qui représente 184 196 diplômes délivrés. En 1981, si le taux de réussite n'est pas significativement différent par rapport à 1972 (63,4 %), le nombre de candidats admis est de 225 614 ce qui représente une progression de 22,49 %⁸²⁰. Le diplôme du baccalauréat étant le sésame permettant l'accès à l'enseignement supérieur il ne faut pas être diplômé de l'école Polytechnique ou de l'ENA⁸²¹ pour comprendre que plus il y a de bacheliers plus il y aura d'étudiants. La forte attractivité des professions de santé, et plus particulièrement celle de masseur-kinésithérapeute, associée au *numerus clausus* qui hypothèque fortement les chances de bon nombre de candidats d'accéder en deuxième année d'études médicales est à l'origine de cette augmentation des effectifs en masso-kinésithérapie.

Lorsque le ministre de la santé avait présenté et défendu son amendement devant les députés, il faut se souvenir qu'il avait mis en avant que « [...] *les premiers signes d'un flux de formation excessif commencent à apparaître [...] ce qui risque d'entraîner pour les élèves des dernières promotions des difficultés à trouver un emploi [...]* » Cet argument était-il légitime en matière de masso-kinésithérapie ? On peut en douter lorsqu'on étudie l'évolution démographique des professions médicales et paramédicales.

⁸¹⁹ Effectifs des nouveaux diplômés en kinésithérapie, Annuaire des statistiques sanitaires et Sociales, 1981, rétrospectif 1970-1980, La Documentation Française, édition 1983

⁸²⁰ Tableaux statistiques, rétrospective du baccalauréat : 1960 – 2005, proportion de bacheliers dans une génération, évolution des taux d'accès au niveau du baccalauréat ; Sources <http://trf.education.gouv.fr/pub/edutel/actu/2006/bac/statistiques.pdf>

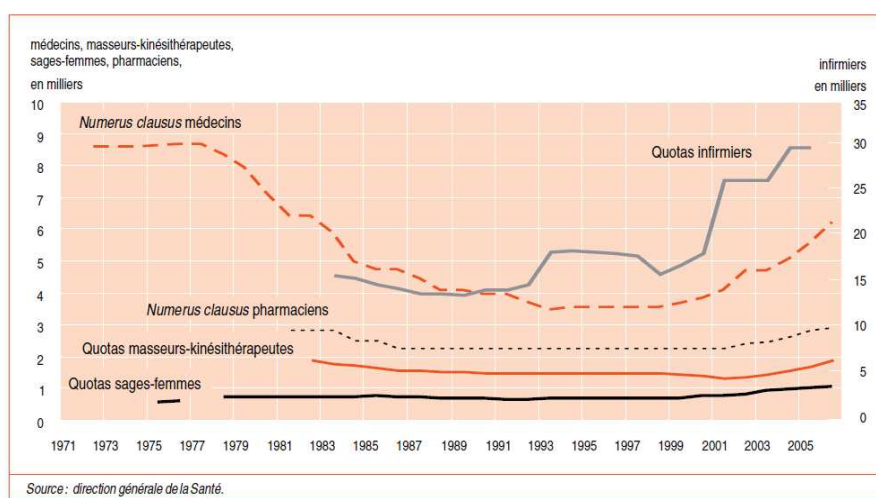
⁸²¹ ENA : Ecole Nationale d'Administration. Fondée en 1945 par le général De Gaulle, l'ENA a pour mission principale mission principale de recruter et de former les hauts fonctionnaires qui dirigeront l'administration et les services publics.

B. Effets du numerus clausus et des quotas sur la démographie professionnelle

Si on se réfère à une des premières études statistiques réalisées en la matière⁸²², on apprend qu'au début des années 2000, 808 000 professionnels de santé exercent une des professions réglementées par le code de la santé publique. Si, on prend comme base de départ 1985, l'augmentation du nombre de praticiens en exercice a été en moyenne de 1,7 % par an, ce qui représente 28 % sur quinze ans.

Cependant, il existe de grandes disparités en fonction de la profession considérée. La croissance des effectifs des professions médicales a été forte notamment pour les sages-femmes (+ 57%), les pharmaciens (+ 46%) et les médecins (+32 %) et moins forte pour les chirurgiens-dentistes (+17 %).

Pour les professions paramédicales, la progression, quoique inégale, a été encore plus forte. Les effectifs des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes ont augmenté de 50 %, ceux des infirmiers et infirmières de 34 %, la palme revenant aux pédicures-podologues (+85 %).



*Les professions de santé : éléments d'informations statistiques,
DREES Série Études N° 9, janvier 2001*

Cependant, malgré les effectifs en forte hausse, le problème du recrutement des masseurs-kinésithérapeutes en secteur salarié se pose avec toujours autant d'acuité. Cela tient au fait que, contrairement à la profession d'infirmiers et d'infirmières dont l'exercice est essentiellement salarié, celui des masseurs-kinésithérapeutes est depuis toujours,

⁸²² DREES, Les professions de santé : éléments d'informations statistiques, Série Études N° 9, janvier 2001

majoritairement libéral. Depuis plusieurs décennies, de nombreux postes de masseurs-kinésithérapeutes restent vacants dans les services hospitaliers par un manque d'attractivité des conditions de travail lié à une faible rémunération en début d'exercice professionnel⁸²³.

Lorsque le ministre de tutelle, pour justifier la limitation du nombre de candidats admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, déclare que les nouveaux diplômés rencontreraient des difficultés pour trouver un emploi, on est en droit de se poser la question de savoir quel est le fondement d'une telle affirmation. En effet, il n'y avait pas et il n'y a toujours pas de sources fiables pour déterminer avec exactitude le nombre de masseurs-kinésithérapeutes salariés. Ce n'est qu'à partir du début des années 2000 que des enquêtes statistiques et des rapports d'études vont être publiés.

À titre d'exemple, en 2003, la DREES a réalisé une étude ayant pour thème « *la projection du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020* »⁸²⁴. Après avoir rappelé que le répertoire ADELI⁸²⁵ est actuellement la seule source détaillée pour l'ensemble de la profession de masseurs-kinésithérapeutes, dans la mesure où tous les masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux y sont inscrits mais que cette source est d'une qualité imparfaite car y figurent des professionnels ayant cessé toute activité, quant aux salariés, il manque d'exhaustivité.

⁸²³ En 2014, à l'hôpital, le salaire mensuel brut des masseurs-kinésithérapeutes est d'environ 1 520€ en début de carrière et de 2 550€ en fin de carrière (Sources : Fiche métier masseur-kinésithérapeute, <http://www.sante.gouv.fr/masseur-kinesitherapeute.html>) alors que le coût élevé des études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute et de l'année de préparation au concours d'admission oblige un grand nombre d'étudiant à souscrire un prêt de plusieurs milliers d'euros pour financer leurs études. La FNEK a récemment estimé que le coût de la rentrée pour un étudiant en masso-kinésithérapie était de l'ordre de 7663,27 euros pour un étudiant francilien et de 4121,91euros pour un étudiant de province. (Sources : Fiche métier masseur-kinésithérapeute, <http://www.sante.gouv.fr/masseur-kinesitherapeute.html>)

⁸²⁴ DARRINE Serge, Projection du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020, Sources, méthode, principaux résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Série Etudes, n° 34, septembre 2003

⁸²⁵ ADELI signifie Automatisation DES LISTes. C'est un système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, d'ostéopathe, de psychothérapeute ou de chiropracteur. Il contient des informations personnelles et professionnelles (état civil, situation professionnelle, activités exercées). Chaque praticiens salarié ou libéral est doté d'un numéro ADELI qui lui sert de numéro de référence. Sources : <http://www.sante.gouv.fr/repertoire-adeli.html>

D'autres sources de recensement existent pour les libéraux (fichiers CARPIMKO et SNIR de la CNAMTS) ainsi que pour les salariés par le biais des enquêtes statistiques annuelles des établissements de santé (enquête SAE)⁸²⁶ mais le croisement de ces données entraîne des discordances parfois importantes. Ainsi, en 2002, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux recensés par le SNIR est d'environ 40 100, soit 2 500 de moins que les 42 600 libéraux non-remplaçants du répertoire ADELI soit une variation d'environ 6 % ! Pour les salariés, ce dernier répertoire est la seule source qui permette un démembrement des professionnels en exercice que ce soit ceux du secteur sanitaire (établissements hospitaliers ou non hospitaliers) et ceux du secteur médico-social (établissements pour handicapés, pour personnes âgées...). L'enquête statistique annuelle des établissements de santé ne permet pas de connaître le nombre exact de salariés par établissement car l'unité statistique est l'établissement et non le professionnel de santé. Certains salariés exerçant dans plusieurs établissements, il est impossible de connaître précisément le nombre des salariés par établissement. 14360 kinésithérapeutes salariés sont recensés par le répertoire ADELI. 12246 masseurs-kinésithérapeutes ont un exercice salarié exclusif et 2114 un exercice mixte (salariat/ libéral) se répartissant entre secteurs hospitalier (69 % / 9977), médico-social (8 % / 1148) et autre (23 % / 3233). Les 14360 masseurs-kinésithérapeutes salariés se répartissent sur 15781 postes de travail, soit 1421 de plus que le nombre de professionnels (9 %) !

Lorsque l'on consulte les enquêtes réalisées par l'INSSE⁸²⁷, qui est quand même l'organisme de référence en la matière, dans tous les documents relatifs à l'exercice professionnel de la masso-kinésithérapie traitant de l'emploi et son pendant le chômage, on retrouve la même mention « 1.b Chômage / Demande et offre d'emploi / Données non disponibles pour le métier de masseur - kinésithérapeute, libéral ; Chômage / Demande et offre d'emploi / Données non disponibles pour le métier de masseur - kinésithérapeute, salarié »⁸²⁸.

Les conséquences de la mise en place des quotas vont influencer sur l'exercice professionnel mais pas autant que leur concepteur aurait pu le penser.

⁸²⁶ CARPIMKO : Caisse de Retraite des Pédiatres, Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Pédiatres-Podologues, Orthophonistes et Orthoptistes ; SNIR : Système national inter-régimes ; CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés ; SAE : Statistique annuelle des établissements de santé ;

⁸²⁷ INSSE : Institut national de la statistique et des études économiques

⁸²⁸ INSEE, ORM-Région 2010 Dynamique des métiers de la santé, de l'action sociale, culturelle & sportive Insee-Rapport d'étude n° 30 - Juin 2010 ; Sources : <http://www.insee.fr/>

C. Une évolution des quotas peu efficace sur une population professionnelle jeune

Plus de trente ans après l'instauration des quotas nous pouvons affirmer que cette mesure n'était nullement destinée à préserver les possibilités d'emploi des jeunes diplômés. Son seul objectif semble avoir été de tenter de limiter les dépenses de soins de masso-kinésithérapie.

Le nombre de professionnels en exercice a continué à progresser comme le soulignait en 2008 les auteurs d'une étude prospective des métiers de la fonction publique consacrée à la profession de masseur-kinésithérapeute. En substance, nous pouvons lire que « [...] *Ce n'est pas l'évolution du quota qui a été principalement à l'origine de la hausse sensible du nombre de professionnels au cours de la période étudiée, mais le fait que les sorties d'activité des kinésithérapeutes sont restées inférieures en nombre aux entrées en activité. Alors que la population des kinésithérapeutes est relativement jeune, les entrées en activité sont le fait non seulement des diplômés des instituts de formation français mais aussi, depuis le milieu des années 90, des diplômés d'instituts de formation européens, de plus en plus nombreux à venir travailler en France après avoir obtenu une autorisation d'exercice. Ces autorisations sont pour l'essentiel délivrées à des titulaires de diplômes belges, dont les deux tiers sont d'ailleurs de nationalité française [...]* »⁸²⁹

A ce stade de notre raisonnement, on peut enfoncer le clou! Rappelons-nous que, lorsqu'il avait présenté au parlementaires l'amendement gouvernemental, sans vergogne le ministre de la santé n'avait pas craint de déclarer que cette mesure était « [...] *un moyen très important d'obtenir des ministres de la Communauté européenne qu'il en soit ainsi dans chacun des Etats membres [...]* »⁸³⁰.

⁸²⁹ Ministère de la santé et des Sports, Directions de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, « Etude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière : Monographie Masseur kinésithérapeute, Octobre 2008, p. 10

⁸³⁰ Assemblée nationale, seconde session ordinaire de 1979-1980, 57ème séance, 2ème séance du mardi 3 juin 1980, Journal officiel,,° 35 A.N. (C.R.) (suite), mercredi 4 juin 1980

2. La mécanique des quotas enrayée par l'intrusion du droit communautaire

A. Un maladroït argumentaire ministériel faisant référence à l'Union européenne

En matière d'Union Européenne, on a appris à connaître le nombrilisme des dirigeants politiques français qui, quel que soit leur appartenance politique mettent systématiquement « Bruxelles » pour justifier la prise de décisions impopulaires. Avancé, comme en l'espèce, un argument européen pour emporter la mise ou bien se retranchant derrière de supposé diktats des instances communautaires pour justifier une mesure déplaisante pour leur électorat. En l'espèce, penser ne serait-ce qu'un seul instant que les partenaires européens allaient emboîter le pas de la France pour imposer des restrictions à l'accès à des études universitaires est absolument sidérant. Certes les promesses électorales (et par extension les déclarations politiciennes) n'engagent que ceux qui les écoutent⁸³¹, mais quand même! L'argumentaire du ministre Jacques BARROT qui excellait en matière politicienne, n'était que la mise en pratique d'une autre maxime attribuée à l'auteur de la précédente « *La politique n'est pas l'art de résoudre les problèmes, mais de faire taire ceux qui les posent* ». En l'occurrence, le résultat dépassa les espérances car l'instauration de quota d'accès aux études de masseur-kinésithérapeute fut adoptée à une large majorité.

Or, l'ouverture des frontières à l'ensemble des ressortissants européens ainsi que le processus de reconnaissance des diplômes ont rapidement rendu obsolète cette mesure.

B. Une mesure rendue obsolète par l'ouverture des frontières

Comme le soulignait les auteurs du rapport précité « [...] un certain nombre d'étudiants français ont choisi d'aller se former en Belgique, où les entrées en formation ne donnent pas lieu à quota, et reviennent ensuite exercer en France. Le nombre d'autorisations délivrées, estimé à une centaine en 1995, a dépassé 400 en 2000, pour atteindre 900 en 2002 et probablement 1 200 en 2003, soit presque autant que les quotas d'entrée en formation les plus récents [...] ». Nous pouvons remarquer qu'aucun chiffre précis n'est avancé concernant le nombre d'autorisations d'exercice délivrées par les services compétents du Ministère de la Santé. Depuis que cette procédure de reconnaissance des diplômes communautaires a été

⁸³¹ QUEILLE Henri (1884-1970), médecin, député radical-socialiste de la Corrèze (1919 -1936 & 1946-1958), Sénateur (1935-1945), de nombreuses fois ministre, plusieurs fois Chef du Gouvernement entre 1948 et 1951

confiée aux Directions régionales Jeunesse, Sports et Cohésion sociale⁸³², il est devenu beaucoup plus facile d'obtenir des chiffres plus précis. En effet, siègent dans ces commissions des représentants des Conseils régionaux de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ce qui permet aux instances ordinales nationales de collecter les informations fournies par chaque représentant régional et de pouvoir réaliser un travail prospectif. A titre d'exemple, siégeant au sein de la commission régionale Languedoc-Roussillon, nous avons constaté qu'au cours des cinq dernières années (2010-2014) comme le montre le tableau infra la commission régionale Languedoc-Roussillon qui délivre les autorisations d'exercice a reçu 647 dossiers et délivré 558 autorisations d'exercices dont 211 concernaient des ressortissants français⁸³³, alors que pendant la même période, le quota d'admission en 1ère année attribué à l'IFMK de Montpellier étant de 75 places, cet IFMK a délivré pendant la même période 375 diplôme d'Etat. Sans commentaire ...

Commission régionale	Languedoc - Roussillon		Autorisations d'exercice		Masseurs - Kinésithérapeutes	
Exercices	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Nombre de réunions	1	4	3	3	4	15
Nombre de dossiers	69	191	149	170	68	647
Autorisations d'exercice	65	92	121	147	57	482
Mesures compensatoires	3	78	24	13	8	126
Demandes complément d'informations	0	8	18	10	3	39
Refus	1	13	0	0	1	15
Pays d'origine des demandeurs	2010	2011	2012	2013	2014	Total
ALLEMAGNE	0	4	6	3	0	13
AUTRICHE	0	0	1	0	0	1
BELGIQUE	4	11	5	2	7	29
COLOMBIE	0	0	0	1 (diplôme espagnol)	0	1
DANNEMARK	0	0	0	0	1	1
ESPAGNE	8	71	48	38	6	171
FRANCE	54	62	39	41	15	211
ITALIE	0	2	2	0	1	5
PAYS BAS	0	0	1	3	0	4
POLOGNE	0	0	28	30	19	77
PORTUGAL	0	16	11	5	2	34
ROUMANIE	3	25	8	38	18	92
Pays d'études des candidats français	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
BELGIQUE	52	39	20	31	6	148
ESPAGNE	2	16	10	9	9	46
HONGRIE	0	1	1	0	0	2
PAYS BAS	0	1	1	0	0	2
PORTUGAL	0	0	1	0	0	1
ROUMANIE	0	2	2	0	0	4
ROYAUME UNI	0	0	1	0	0	1
REPUBLIQUE TCHEQUE	0	3	3	1	0	7

⁸³² Décret n° 2010-334 du 26 mars 2010 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises des ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales et à la formation des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, JORF du 28 mars 2010, p. 6135

⁸³³ Parmi les titulaires de ces diplômes communautaires, on dénombre 211 français(e)s dont 148 (70,14%) ont effectué leurs études en Belgique et 46 (21,8 %) en Espagne et 4 (1,9%) en Roumanie. Sept ressortissants français (3,32%) ayant déposé un dossier de validation étaient titulaires d'un diplôme obtenu en République Tchèque. En fait, ces jeunes gens avaient effectué leurs études en Suisse au sein de l'école LUDES de Lugano qui avait franchisé sa formation en signant une convention avec l'université d'OSTRAVA sise en République Tchèque et l'Université Semmelweis de Budapest, ce qui, en l'espèce, pose les limites de la libre circulation instituée par les instances communautaires.

C. Immixtion du droit communautaire dans le contentieux administratif en matière de quotas

En 2002, un certain nombre de candidats aux épreuves de la session 2001-2002 d'entrée dans des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute vont demander, sans succès⁸³⁴, aux juges administratifs d'annuler l'arrêté du 3 juillet 2001 par lequel le ministre de l'emploi et de la solidarité a fixé, pour cette session, le nombre d'étudiants pouvant être admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute dans l'ensemble des écoles de chaque région en invoquant, entre autres moyens que les dispositions de l'arrêté attaqué « [...] *portent une atteinte illégale à la liberté d'entreprendre et à la liberté d'exercer une activité professionnelle [qu'il] est possible à des ressortissants français d'effectuer des études de masso-kinésithérapie dans des Etats de l'Union européenne ne pratiquant pas de restriction d'accès dans les écoles de formation et de s'établir par la suite en France pour y exercer cette activité, cette circonstance [étant] de nature à établir l'existence d'une discrimination contraire au droit communautaire entre ressortissants français désirant exercer la profession de masseur-kinésithérapeute en France, selon qu'ils envisagent d'effectuer leurs études en France ou dans un autre Etat de l'Union européenne [...]* ».

A notre connaissance, c'est la première fois qu'en la matière des requérants fondent leur action sur des principes de droit communautaire (libre circulation, libre établissement, reconnaissance mutuelle des diplômes).

En réponse au moyen évoqué supra, le ministre avait argué pour sa défense « [...] *que la nécessité de réguler le nombre de professionnels de santé s'impose de la même façon à tous les pays membres de la Communauté européenne et que [...] le titulaire d'un diplôme belge n'est autorisé à exercer sa fonction en France que s'il est titulaire de l'agrément lui porter le titre de masseur-kinésithérapeute en Belgique* [...] ce qui est faux car tous les gouvernements des pays de la Communauté européenne se sont montrés, à la fin du XX^{ème} siècle préoccupés par l'augmentation des dépenses de santé.

La Belgique est l'Etat membre de la Communauté européenne le plus touché par la pléthore de professionnels de santé. En 1964, elle comptait 2135 kinésithérapeutes et 26739 en 1988

⁸³⁴ Conseil d'Etat, 1 / 2 SSR, du 3 avril 2002, M. Bouvet et autres, n° 238237, inédit au recueil Lebon

soit une augmentation de 1152,41% en à peine un quart de siècle alors que pendant le même temps la population belge croissait de 8,59%⁸³⁵ !

Dans ce pays, la profession de kinésithérapeute est réglementée par l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967⁸³⁶ modifié par la loi du 6 avril 1995⁸³⁷ relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Cette loi régit les différentes professions de santé, qu'elles soient médicales ou paramédicales. Au même titre que les sages-femmes et les infirmiers, les kinésithérapeutes qui n'appartiennent à aucun de ces deux groupes, ont un statut particulier, qui est défini au chapitre Ibis « exercice de la kinésithérapie » de la loi précitée. L'article 21bis §4 dispose que « [...] par dérogation à l'article 2§11er, et sans restreindre la notion d'art médical visée à cet article, nul ne peut exercer la kinésithérapie s'il n'est titulaire d'un agrément délivré par le ministre qui a la santé publique dans ses attributions [...] ». Cet agrément ne pouvant être accordé qu' « [...] au porteur d'un diplôme d'enseignement universitaire en kinésithérapie ou d'un diplôme d'enseignement supérieur non universitaire en kinésithérapie sanctionnant une formation dans le cadre d'un enseignement de plein exercice comportant au moins quatre années d'étude s[...] ». Cela signifie que tous les titulaires d'un diplôme en kinésithérapie délivré en Belgique à l'issue de quatre années d'études se voient accorder par le Ministère de la Santé un agrément leur donnant le titre professionnel de kinésithérapeute et les autorisant à d'exercer la kinésithérapie en Belgique. Confrontée, à cette pléthore des kinésithérapeutes, les autorités choisirent, en 1999, de limiter le nombre de ses praticiens autorisé à exercer, à l'issue de leur formation⁸³⁸ dans un cadre conventionnel permettant la prise en charge des soins en limitant le nombre d'agréments délivrés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). L'article 1^{er} de l'arrêté du 3 mai 1999 fixant un total global de 450 kinésithérapeutes diplômés (270 pour la communauté flamande et 180 pour la communauté française) ayant accès annuellement à cette autorisation administrative leur permettant de porter le titre professionnel pour les années 2003, 2004 et 2005.

⁸³⁵ Officiellement, la Belgique comptait 9.189.741 habitants au 31 décembre 1961 et 9.978.681 au 31 décembre 1991, sources: Les recensements de la Belgique depuis 1830, <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/recensement/>

⁸³⁶ 10 novembre 1967 [Arrêté royal n°78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé] (L2001-08-10/49, art.27 « L'intitulé de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales est remplacé comme suit : Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions de soins de santé »

⁸³⁷ Loi du 06 avril 1995 n° L1995-04-06/87, Chapitre Ibis, article1/011, L'exercice de la kinésithérapie : Article 21bis, 21ter

⁸³⁸ 3 mai 1999. – Arrêté royal fixant le nombre global de kinésithérapeutes, réparti par Communauté, ayant accès au titre professionnels de kinésithérapie, sources : Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement, <http://justice.belgium.be/fr/>

Lorsque le ministre soutient, dans son mémoire en défense que « [...] *contrairement à ce que soutiennent les requérants, le titulaire d'un diplôme belge n'est autorisé à exercer sa fonction en France que s'il est titulaire de l'agrément lui permettant de porter le titre de masseur-kinésithérapeute en Belgique* [...] », il joue sur l'ambiguïté du terme « agrément », qui désigne avant tout l'agrément requis pour l'exercice de la profession et le titre professionnel et ensuite l'autorisation spéciale d'exercice dans le cadre d'un exercice libéral pris en charge par l'INAMI⁸³⁹. En d'autres termes, seul le kinésithérapeute qui veut travailler en Belgique dans le cadre du remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé sera soumis à une sélection organisée après l'obtention du titre professionnel. Tout ministre de la santé qu'il soit, il ne peut s'opposer à l'application des directives 89/48/CEE du 21 décembre 1988 et 92/51/CEE du 18 juin 1992 qui permettent aux ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne titulaires d'un diplôme lui permettant d'exercer sa profession dans l'Etat qui lui a délivré ce diplôme, d'obtenir une autorisation d'exercice dans les autres Etats membres de la communauté européenne.

Ceci étant les quotas, comme il est d'usage de désigner cette mesure réglementaire dans la profession, vont être appliqués avec rigueur.

3. L'application des quotas source d'un contentieux d'un contentieux administratif

Jusqu'en 1996 le quota d'élève admissible en 1^{ère} année d'études va rester inchangé mais les conditions posées pour les établir vont subir quelques modifications.

A. L'évolution des règles servant à déterminer les quotas

Les règles servant à déterminer l'évolution des quotas vont subir des modifications liées à la réforme territoriale mais également à la complexification des procédures traduisant une fois de plus la mainmise d'une administration hégémonique.

Initialement il était prévu que chaque année, les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales devaient adresser au ministre de la santé un rapport sur la situation de l'emploi, de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes et sur les besoins prévisibles en masseurs-

⁸³⁹ Euro guidance, Belgique - Etudes en masso-kinésithérapie, Document a été rédigé par les directions des Ecoles de kinésithérapie de la Communauté française de Belgique, mars 2013, <http://www.euroguidance-france.org/>

kinésithérapeutes de la région au cours des trois années suivantes. A compter de 1988⁸⁴⁰, ce rapport devra être établi, non plus chaque année mais tous les trimestres et, loi de « décentralisation » oblige⁸⁴¹, par le préfet de région en liaison avec les préfets de département sur la situation de l'emploi, de l'activité des professionnels concernés (infirmier(e)s et masseurs-kinésithérapeutes) et sur les besoins, non plus des trois années suivantes mais des cinq années. Il est précisé dans le texte que ce rapport sera éventuellement mis à jour tous les ans.... Pourquoi faire simple quand on peut faire compliquer ! Le nombre d'élèves admis en première année, compte non tenu des redoublants, sera déterminé pour les trois années suivantes, non plus par école mais par région dans la mesure où le préfet de région, en fonction des capacités de formation des écoles de sa région, répartira les effectifs fixés réglementairement.

De 1981⁸⁴² à 1996⁸⁴³ le nombre d'élèves admis, sur le plan national, à entrer en 1^{ère} année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute va rester invariablement fixé à 1943.

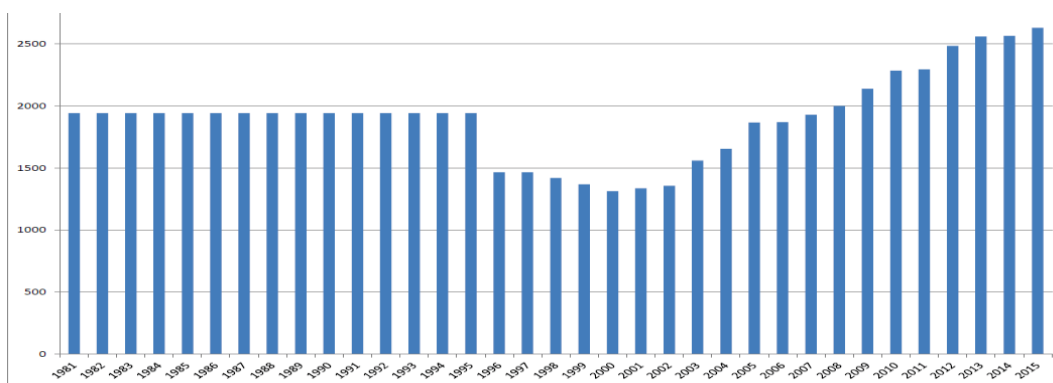
A compter de 1996 les quotas fixés par les pouvoirs publics vont subir d'importantes fluctuations annuelles jusqu'à ce jour, tant au niveau national que régional comme nous le montre les deux tableaux infra. Pendant six ans la baisse va être importante pour atteindre son maximum en 2000 avec un taux de près de 33% (32,37%). C'est à partir de l'année 2003 que les quotas vont être réévalués positivement, le nombre de places disponibles étant fixé à 1560 (+15,7% par rapport à l'année 2000) puis progressivement augmenté chaque année pour atteindre 2631 en 2015.

⁸⁴⁰ Décret n°88-1235 du 30 décembre 1988 modifiant les décrets n° 81-290 du 31 mars 1981 et n° 81-421 du 29 avril 1981 portant application de l'article L.590-9 du code de la santé publique à la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 31 décembre 1988, p. 16828

⁸⁴¹ Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, JORF du 09 janvier 1983, p. 215

⁸⁴² Arrêté du 31 mars 1981 Fixation du nombre d'élèves admis à entrer en 1^{ère} année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 1^{er} avril 1981, p. 907

⁸⁴³ Arrêté du 10 mai 1996 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 16 mai 1996, p. 7398



Evolution du nombre d'étudiants admis en 1^{ère} année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute (1981-2015)

Régions	1981	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alsace	61	59	59	59	59	59	59	59	60	60	60	60	60	60	60	80	80	80	80	80	80
Antilles - Guyane									20	20	20										
Aquitaine	40	35	35	35	35	35	37*	42 **	40*	45	45	45	45	45	45	80	80	110	110	110	110
Auvergne	56	44	44	44	44	44	44	44	47	48	52	54	54	54	54	64	64	68	68	68	80
Basse-Normandie									32	35	40	40	40	40	40	70	80	80	80	96	96
Bourgogne	31	32	32	32	32	32	32	33	38	40	48	50	50	40	40	80	80	80	80	80	80
Bretagne	75	68	68	66	62	62	62	63	69	72	84	84	84	84	84	84	84	114	114	114	114
Centre	23	25	25	25	25	25	25	25	27	30	40	40	40	40	40	60	60	60	75	90	90
Champagne - Ardennes													20	30	30	40	40	40	40	40	40
Franche-Comté	19	18	18	18	18	18	18	19	23	28	33	35	35	35	45	45	48	48	50	50	50
Ile-de-France	789	454	454	428	404	374	374	378	434	466	531	531	531	531	561	561	561	561	591	591	631
Languedoc-Roussillon	90	60	60	57	53	51	51	53	58	58	75	75	75	75	75	75	75	95	95	95	95
Limousin	21	20	20	20	20	20	20	20	25	28	38	38	38	38	38	48	48	48	68	68	68
Lorraine	47	62	62	62	60	60	60	60	66	70	70	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Midi-Pyrénées	87	67	67	63	63	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	60	60	60	75	60	60
Nord-Pas-de-Calais	186	147	147	144	139	139	139	140	166	168	193	193	193	200	230	230	230	230	230	230	230
Haute-Normandie	30	28	28	28	28	28	28	28	30	35	40	40	40	40	40	45	45	65	65	65	65
Pays de Loire	82	73	73	71	67	67	67	68	75	79	83	87	87	117	117	117	130	130	130	130	130
Picardie		30	30	30	30	30	30	30	34	38	38	40	40	40	40	40	50	50	50	50	50
Poitou-Charentes	23	23	23	23	23	23	23	23	25	25	25	25	25	27	27	30	30	45	45	45	60
Provence-Alpes-Côte d'Azur	167	96	96	93	88	86	87	88	100	125	160	160	160	175	180	180	180	180	190	193	193
Rhône-Alpes	116	125	125	121	119	116	118	118	126	140	147	147	147	163	173	173	173	189	189	189	189
Martinique														20	20	20	20	20	20	20	20
La Réunion													20	20	20	20	20	20	20	20	20
Athlètes de haut niveau								20 ***	20 ***	20 ***	20 ***	20 ***	20 ***	20 ***	20 ***	30 ***	30 ***	30 ***	30 ***	30 ***	30 ***
TOTAL	1943	1466	1466	1419	1369	1314	1336	1356	1560	1655	1867	1869	1929	1999	2139	2285	2295	2485	2560	2564	2631

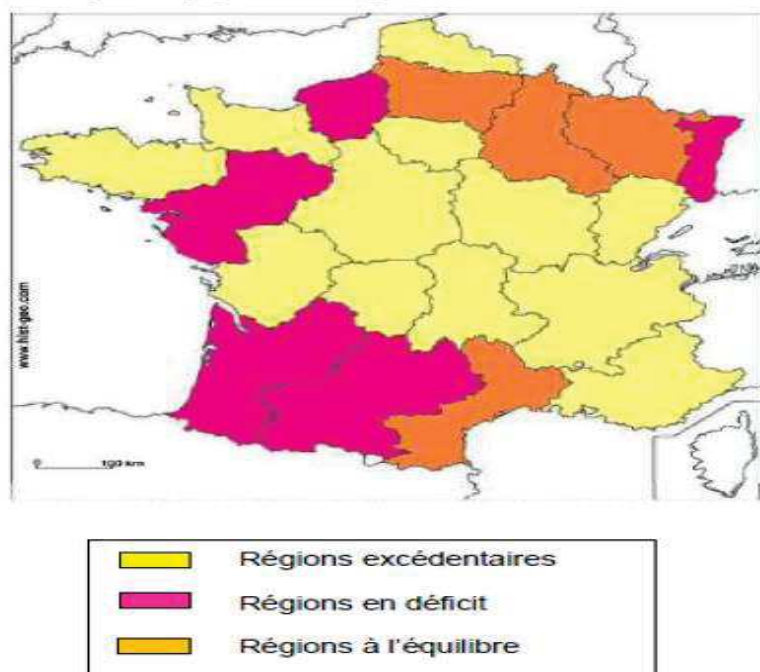
Tableau récapitulatif de l'évolution du nombre d'étudiants admis en 1^{ère} année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute entre 1981 et 2015

Lorsqu'on étudie l'évolution des quotas relatifs à l'admission en 1^{ère} année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute on peut se demander quels ont été les critères utilisés ? Sur le plan national, on note une augmentation du nombre de places de 6,08% en 2004 et de 12,8% en 2005 ce qui semble considérable (+ 18,88% sur deux ans) et nous laisse à penser que les pouvoirs publics ont voulu corriger la baisse des sept années précédentes qui, comme nous l'avons évoqué supra, fut très importante. Entre 2006 et 2015, la hausse va être constante (+ 40,77 %) mais irrégulière avec de fortes disparités (2006 / + 0,1%, 2008 / + 6,55%, 2009 / + 7,28%, 2010 / 0,4%, 2012 / 8,27%).

Sur le plan régional, les variations vont, là encore, être importantes. Nous avons évoqué supra qu'en fonction des capacités de formation des écoles de sa région le préfet de région a le pouvoir de répartir les effectifs fixés réglementairement car aussi paradoxal que cela puisse paraître quelques écoles de masso-kinésithérapie éprouveront quelques difficultés à recruter des candidats.

Le document infra⁸⁴⁴ indique que certaines régions (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Pays de Loire, Haute Normandie, Alsace présentent un déficit de recrutement en l'espèce.

Carte des primo-entrants en instituts de formation par rapport aux quotas en 2009



Il nous a semblé intéressant d'étudier si ces difficultés de recrutement avaient été prises en compte par les pouvoirs publics au moment de déterminer le nombre de places offertes. Dans un premier tableau nous avons synthétisé les variations des quotas sur une période allant de 1981 à 2015.

Régions	1981	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alsace	61	59	59	59	59	59	59	59	60	60	60	60	60	60	60	80	80	80	80	80	80
Aquitaine	40	35	35	35	35	35	37 ⁺	42 ⁺⁺	40 ⁺	45	45	45	45	45	45	80	80	110	110	110	110
Midi-Pyrénées	87	67	67	63	63	45	45	45	45	45	45	45	45	45	60	60	60	75	75	60	60
Haute-Normandie	30	28	28	28	28	28	28	28	30	35	40	40	40	40	40	45	45	65	65	65	65
Pays de Loire	82	73	73	71	67	67	67	68	75	79	83	87	87	87	117	117	117	130	130	130	130

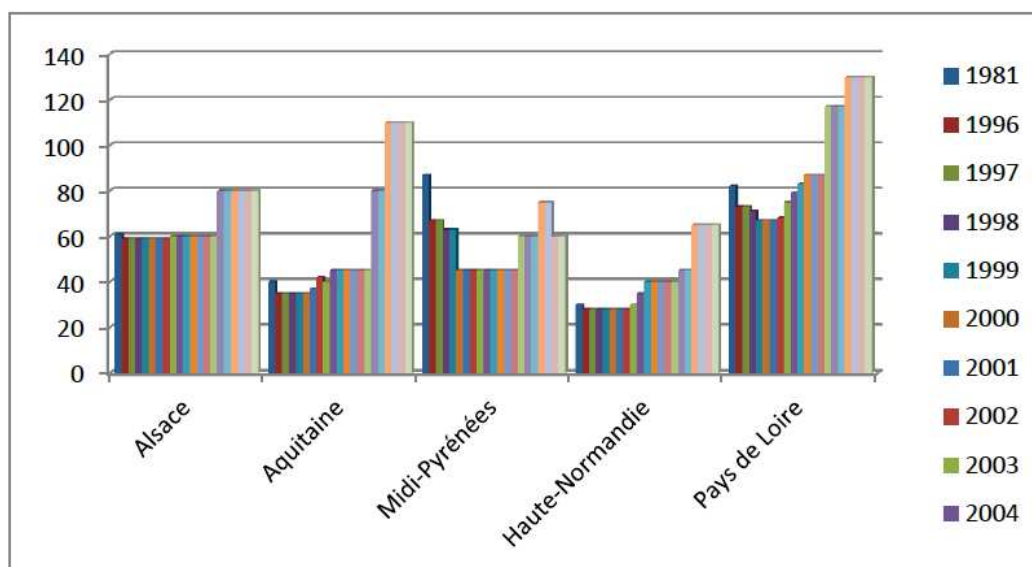
Nous pouvons constater que pendant longtemps les difficultés de recrutement en 1^{ère} année d'études préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute semblent avoir été ignorées. La région Alsace dotée initialement de 61 places à pourvoir devra attendre l'année

⁸⁴⁴ Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Etat des lieux chiffré de la formation et de la population en exercice des masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'Etat, Note documentaire, Direction des ressources humaines, mars 2011, p. 5

2010, c'est-à-dire 30 ans pour voir ce quota progresser de 31,14% (80 places) à partir de l'année 2010.

Il en sera de même pour la région Aquitaine⁸⁴⁵ dont le quota va être réévalué de manière significative passant de 45 places à 80 (2010-2011/ + 77,77 %) puis 110 (depuis 2012/ + 37,5%) et pour la région Pays de Loire qui va bénéficier d'un gain de 34,48 % en 2009,2010 et 2011 (+ 30 places) et d'un nouveau gain de 11,11% par rapport au précédent (+ 13 places à partir de 2012). Dans ce cas précis, il ne nous est pas interdit de penser que le fauteuil de Premier ministre soit occupé par celui qui fut pendant de longues années le maire de la ville de Nantes, lieu d'implantation de l'IFMK régional, ne soit peut-être pas étranger à cette progression. Deux autres régions n'auront pas la même chance et veront leurs quotas progresser de manière beaucoup moins favorable. La Haute-Normandie initialement dotée de 30 places verra dans un premier temps son quota perdre 6,66% (- 2 places) entre 1996 et 2002 avant qu'il ne revienne à sa valeur initiale en 2003. A compter de l'année 2004, l'évolution sera positive (2004 : + 5 places / 16,66 % ; 2005-2009 : + 5 places / 11,11%) pour atteindre 65 places depuis 2012 (+ 44,44 %). Enfin, la région Midi-Pyrénées qui bénéficiait de 87 places en 1981 va, pendant plusieurs années perdre un nombre important de places à savoir 42 places soit 48,27% de ses possibilités de recrutement (1996-1997 - 20 places / -22,98% ; 1998-1999 : - 4 places / - 5,97% ; 2000-2008 : - 18 places / - 28,57%). En 2012 et 2013 , la tendance va s'inverser avec 75 places offertes soit un gain de 15 places chaque année (+25%) mais l'embellie va être de courte durée puisque depuis 2014 le nombre de places offertes (60) est revenu à sa valeur des années 2009-2011 soit une baisse de 20%. Pour pallier à l'aridité de ces données comptables il nous a semblé plus pédagogique de les traduire par le schéma infra.

⁸⁴⁵ Pour la région Aquitaine, il faut tenir compte du fait qu'en 2001, 2002 et 2003 quatre places étaient affectées à des candidats originaires des DOM.



Sur un plan pratique, nous nous devons de faire preuve d'honnêteté en reconnaissant que la majorité des professionnels en exercice n'a pas réagi à la mise en place des quotas. On peut expliquer cette passivité soit par une indifférence coupable soit parce dans un nombre de plus en plus conséquent de zones urbaines ou péri-urbaines la densité professionnelle commençait déjà à être perçue comme une menace entravant la progression du chiffre d'affaire des cabinets existants, ce qui est encore pire et qui traduit une analyse mercantile à court terme des professionnels concernés. Les seuls masseurs-kinésithérapeutes qui exprimeront leur inquiétude sont ceux qui exercent dans les zones rurales ou dans certaines régions en voie de désertification et qui rencontrent d'énormes difficultés tant à se faire remplacer s'ils veulent prendre quelques jours de congés qu'à trouver un assistant lorsque l'afflux de demande de soins, notamment au domicile des personnes âgées, ne leur permet plus de dispenser des soins de qualité. Et pour ce qui est de la cession du cabinet libéral, il n'est même pas utile d'en parler ...

Comme on pouvait s'y attendre, la mise en place de ces dispositions vont être l'origine d'un contentieux administratif⁸⁴⁶ essentiellement initié par les IFMK mais aussi par quelques candidats malheureux aux épreuves de sélection.

⁸⁴⁶ Ce contentieux sera relativement pauvre puisqu'entre 1987 et 2013 le Conseil d'Etat sera amené à statuer par 9 fois alors qu'il rendra 8 arrêts pour les seules années 2012-2013 en matière de contentieux relatif à la pratique de l'ostéopathie et de la chiropraxie.

B. Les quotas source d'un abondant contentieux administratif

La première action est diligentée par le syndicat national des directeurs d'écoles de masso-kinésithérapie⁸⁴⁷ qui dépose le 22 octobre 1982, au secrétariat du Contentieux du Conseil d'Etat, une requête tendant à ce que le Conseil d'Etat annule pour excès de pouvoir l'arrêté du 24 février 1982 par lequel le ministre de la santé a fixé, pour chaque école, le nombre d'élèves admis en première année pour la session 1982 ainsi que la décision implicite de rejet résultant du silence gardé pendant plus de quatre mois par laquelle le ministre a rejeté le recours gracieux du SNDEMK dirigé contre ledit arrêté. Le grief est fondé sur la preuve apportée qu'au mépris des articles 2 et 4 du décret du 301 mars 1981 portant application de l'article L.510-9 du code de la santé publique, vingt écoles de masso-kinésithérapie n'ont pas été consultées par les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales au cours de la procédure préalable à la fixation du nombre maximum d'élèves pour l'année 1982. Après s'être accordé un très long délai de réflexion (plus de cinq ans), les magistrats de la Haute cour administrative, après avoir pris en considération qu'en réponse à ce moyen le ministre de la santé « [...] se borne à faire état des contacts réguliers que les directeurs départementaux entretiennent avec les représentants des écoles intéressées [...] que l'existence de tels contacts ne suffit pas à établir qu'il a été effectivement procédé aux consultations prescrites par les dispositions sus-analysées, vont annuler l'arrêté du 24 février 1982 par lequel le ministre de la santé a fixé le nombre maximum d'élèves pouvant être admis en première année d'études pour la session de 1982 au motif qu'il a été pris « à la suite d'une procédure irrégulière » ainsi que la décision implicite par laquelle le ministre a rejeté le recours gracieux en date du 20 avril 1982 dirigé contre ledit arrêté⁸⁴⁸.

Le 30 juillet 1985, le SNDEMK déposera une requête puis un mémoire complémentaire le 27 novembre 1985 au secrétariat du Contentieux du Conseil d'Etat afin d'obtenir l'annulation pour excès de pouvoir de l'arrêté du 22 mai 1985 par lequel le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale chargé de la santé qui a fixé, pour chaque école, le nombre d'élèves admis à entrer en première années d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute pour la session 1985⁸⁴⁹. Il est fait grief au texte

⁸⁴⁷ Syndicat national des directeurs d'écoles de masso-kinésithérapie (SNDEMK) devenu depuis le syndicat national des instituts de formation en masso-kinésithérapie, c/o IFMK Marseille, 92 Rue Auguste Blanqui 13005 Marseille

⁸⁴⁸ CE, 18 décembre 1987, Syndicat national des directeurs d'écoles de masso-kinésithérapie, n° 4642

⁸⁴⁹ CE, 18 décembre 1987, section du contentieux, 1ère et 4ème sous-sections, Syndicat national des directeurs d'écoles de masso-kinésithérapie, n° 70952

attaqué que dans certaines régions, au mépris des dispositions des textes précités, les directeurs régionaux de l'action sanitaire et sociale ainsi que le ministre de la santé n'aurait pas suivi les propositions des directeurs départementaux. Il est soutenu que par suite, le nombre d'élèves admis en première année aurait été réduit de façon arbitraire, sans respecter les règles énoncées par le décret du 31 mars 1981, tant au niveau des régions qu'en ce qui concerne les écoles, notamment celles de la région Ile-de-France. Il est également demandé aux magistrats de relever l'illégalité du texte attaqué, publié le 22 mai 1985, alors que l'article 4 alinéa 2 du décret du 31 mars 1981 impose ledit arrêté soit publié au Journal Officiel avant le 1^{er} mars de chaque année. Les magistrats de la Haute cour administrative, après avoir considéré que les termes des dispositions réglementaires la décision des autorités supérieures n'est pas liée aux propositions des directeurs départementaux, le syndicat requérant n'est pas fondé à soutenir que l'arrêté contesté soit illégal au motif que dans certaines régions, les directeurs régionaux et le ministre n'auraient pas suivi les propositions des directeurs départementaux, que la publication de l'arrêté à une date postérieure au 1^{er} mars n'a pas pour effet de priver le ministre chargé de la santé d'user des pouvoirs qu'il tient du décret après la date fixée et in fine que le syndicat national des directeurs d'écoles de masso-kinésithérapie n'apporte aucune précision de nature à permettre d'en apprécier la portée à l'appui de ses allégations, va rejeter le pourvoi. Il semblerait qu'en la matière le cours de la justice administrative se soit soudainement accéléré puisqu'il aura fallu à peine plus de deux ans de procédure pour qu'une décision soit rendue. La profession prit acte que pour obtenir satisfaction elle avait dû attendre cinq ans mais que pour se voir débouter deux années suffirent.

Le contentieux repris en 1998. Le SNDEMK, aux motifs que l'arrêté du 9 mars 1998 fixant le nombre d'étudiants pour la session 1998 avait été signé non pas par le ministre de tutelle mais par le sous-directeur des professions de santé et qu'il n'aurait pas été précédé par la consultation des organismes gestionnaires des écoles de masso-kinésithérapie concernées demanda, sans succès l'annulation du texte, la justice administrative jugeant que rien ne démontrait que le ministre ait fait une inexacte application des dispositions législatives et réglementaires précitées.. Pour motiver leur décision de rejet⁸⁵⁰, les magistrats considérèrent que le signataire de l'arrêté contesté avait été habilité, par un décret du 29 octobre 1997, à signer dans la limite de ses attributions au nom du ministre de la santé « [...] tous actes, arrêtés, décisions ou conventions, à l'exclusion des décrets », et qu'il ne résultait d'aucune

⁸⁵⁰ CE, 30 juin 1999, Syndicat des directeurs d'écoles de masso-kinésithérapie, n° 196630

des dispositions du décret n° 81-290 du 31 mars 1981, portant application de l'article L.510-9 du code de la santé publique, modifié par le décret n° 88-1 235 du 30 décembre 1988, ni d'aucun autre texte, que l'arrêté attaqué aurait dû être précédé de la consultation des organismes gestionnaires des écoles de masso-kinésithérapie concernés. Par ailleurs, ils considérèrent qu'il ne suffisait pas « [...] *d'invoquer qu'il existe un nombre important d'offres d'emploi dans la profession de masseur-kinésithérapeute pour considérer que les dispositions de l'article 3-1-c du décret précité, selon laquelle le rapport du préfet de région [...] constate la capacité de formation des écoles de masseurs-kinésithérapeutes de la région aurait été méconnu* » et qu'en aucun cas il ne résultait que la réduction du nombre des étudiants admis en première dans les régions où l'effectif des professionnels est le plus élevé alors qu'un certain nombre de ceux-ci sera susceptible d'aller exercer dans une autre région ou la densité professionnelle est moins dense ne démontre que le ministre ait fait « [...] *une inexacte application des dispositions législatives et réglementaires, précitées [...]*. Mais « [...] *la pugnacité à peu près constante des propos montrait qu'il ne s'agissait pas seulement d'un jeu* »⁸⁵¹, ne désespérant pas d'obtenir gain de cause en la matière, le SNDEMK déposa moins d'un an plus tard une nouvelle requête (n° 207390, 30 avril 1999) demandant l'annulation pour excès de pouvoir l'arrêté du 19 février 1999 du secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale fixant le nombre d'étudiants admis en première année et la condamnation de l'État à verser une somme de 20 000 francs au titre de l'article 75-1 de la loi du 10 juillet 1991⁸⁵².

À l'action du SNDEMK, s'associèrent plusieurs écoles et instituts de masso-kinésithérapie qui déposèrent deux requêtes le même jour (n° 207482 et n° 207483, 3 mai 1999) demandant au Conseil d'Etat d'annuler, pour la première, le décret précité et, pour la seconde, l'arrêté du 31 mars 1999 du préfet de la région Ile-de-France fixant le nombre d'étudiants admis en première année [...] dans les écoles et instituts de formation en masso-kinésithérapie de la région Ile-de-France⁸⁵³. Il était demandé au Conseil d'Etat de juger qu'en se basant

⁸⁵¹ ABIELLO Raymond (Georges Soulès, dit Raymond) (1907-1986), écrivain français, Ma dernière mémoire T.II, p.94 (1972).

⁸⁵² Loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique, JORF n°0162 du 13 juillet 1991 page 9170 ; article 75-1 « *Dans toutes les instances, le juge condamne la partie tenue aux dépens ou, à défaut, la partie perdante, à payer à l'autre partie la somme qu'il détermine, au titre des frais exposés et non compris dans les dépens. Le juge tient compte de l'équité ou de la situation économique de la partie condamnée. Il peut, même d'office, pour des raisons tirées des mêmes considérations, dire qu'il n'y a pas lieu à cette condamnation.* »

⁸⁵³ Arrêté n° 99-486 du 31 mars 1999 du préfet de la région Ile-de-France fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute dans les écoles et instituts de formation en masso-kinésithérapie de la région Ile-de-France

uniquement sur le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité, sur la structure par âge de la profession et sur l'évolution des revenus des professionnels de ce secteur, sans rapprocher ces éléments d'indicateurs permettant d'apprécier les besoins actuels et futurs, de la population française en matière de soins de masso-kinésithérapie, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale avait entaché sa décision d'erreur de droit. Les trois requêtes présentant à juger des questions semblables, les magistrats de la Haute cour administrative, décidèrent de les joindre pour statuer en une seule décision⁸⁵⁴. Après avoir considéré les critères de fixation du *numerus clausus* des études de masseur-kinésithérapeute⁸⁵⁵, tel que définis par l'article L510-9 du code de la santé publique qui ordonne que « [...] *le nombre d'étudiants ou élèves admis à entreprendre des études en vue de la délivrance des diplômes et certificats ou autres titres exigés pour l'exercice des professions d'auxiliaires médicaux peut être fixé chaque année compte tenu des besoins de la population et de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat après consultation de la commission compétente du CSPP [...]* » et que l'article 4 du décret du 31 mars 1981, tel que modifié par le décret du 30 décembre 1988, pris en application de ces dispositions, dispose qu'« [...] *au vu des rapports des préfets de région, le ministre chargé de la santé fixe par arrêté, pour chaque région, le nombre maximum d'élèves pouvant être admis, compte non tenu des redoublants, en première année première année des études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute lors de la rentrée scolaire suivante. Ce nombre est fixé compte tenu des besoins de la population à l'expiration de la période triennale suivante et de manière à réduire progressivement les inégalités constatées entre les différentes régions dans la satisfaction de ces besoins [...]* », le Conseil d'Etat jugea qu'en se fondant uniquement sur la structure par âge de la profession et sur l'évolution des revenus des professionnels de ce secteur, sans rapprocher ces éléments d'indicateurs permettant d'apprécier les besoins, actuels et futurs, de la population française en matière de soins de masso-kinésithérapie pour déterminer, pour la session 1999, le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute et pour procéder à la répartition des places entre les régions, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sanitaire et sociale avait entaché sa décision d'une erreur de droit qui fonde les requérants à demander l'annulation des arrêtés précités.

⁸⁵⁴ CE, Section du Contentieux, 1ère et 4ème sous-sections réunies, sur le rapport de la 1ère section, Syndicat national des directeurs d'écoles de masso-kinésithérapie et autres, n° 207390, n° 207482, n° 207483, 19 octobre 1999

⁸⁵⁵ Des critères de fixation du *numerus clausus* des études de masseur-kinésithérapeute, Recueil Lebon, recueil des décisions du conseil d'Etat, CE 15 octobre 1999, Lebon, 31 décembre 2000

L'arrêté ministériel ayant subi les foudres de la censure, l'arrêté du préfet de la région Ile-de-France fut ipso facto annulé. De surcroît, en application des dispositions de l'article 75-1 de la loi du 10 juillet 1991⁸⁵⁶, l'État est condamné à payer la somme de 20 000 francs (soit environ 3 860 euros) au titre des frais exposés par les requérants et non pris dans les dépens.

Commentant cet arrêt⁸⁵⁷, le professeur Dubouis rappela fort justement que la réglementation en vigueur impose au ministre de prendre en considération les effectifs de la profession par rapport aux besoins de la population, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Lorsque cette condition est remplie, le juge administratif reconnaît au ministre un large pouvoir d'appréciation qui lui permet de réduire le nombre d'étudiants dans les régions où les effectifs des masseurs-kinésithérapeutes sont les plus élevés « *quand bien même tous les étudiants formés dans une région ne s'y installent pas nécessairement par la suite* »⁸⁵⁸.

Cette décision est intéressante à double titre. En premier lieu, force est de constater que si, par l'intermédiaire du SNDEMK, ce sont les premiers touchés par la mesure des quotas, à savoir les écoles et instituts de masso-kinésithérapie, qui agissent pour tenter d'obtenir l'annulation des textes réglementaires qui les limitent dans le recrutement des nouveaux élèves, l'apathie silencieuse des deux syndicats professionnels est assourdissante. Cette inertie tient en ce que la majorité des professionnels libéraux n'est pas opposée à cette mesure qui non seulement ne les touche pas mais leur laisse penser que la concurrence des jeunes diplômés sera moins vive puisqu'ils seront moins nombreux à accéder au marché du travail. En second lieu, pour la deuxième fois (i.e. CE, Syndicat national des directeurs d'écoles de masso-kinésithérapie, 18 décembre 1987, n° 46.422) le SNDEMK obtint gain de cause en apportant la preuve que l'autorité de tutelle pour fixer le nombre et la répartition des élèves admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute se basait sur ses propres critères en violation délibérée des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

L'attitude des autorités de tutelle, est symptomatique du mépris dans lequel elles tiennent la profession de masseur-kinésithérapeute écoutée avec condescendance mais jamais entendue, ballottée au gré de décisions ministérielles trop souvent dictées par le lobby médical. Si tant

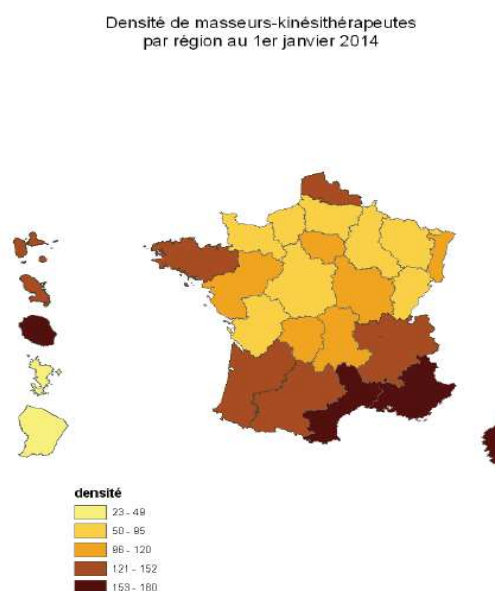
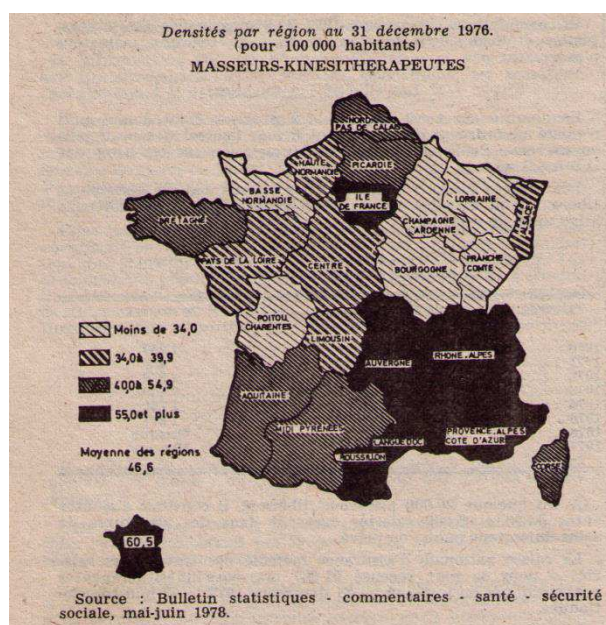
⁸⁵⁶ cf. supra

⁸⁵⁷ DUBOUIS Louis, Masseur-kinésithérapeute, Fixation du nombre d'étudiants admis en première année préparatoire au diplôme d'Etat, CE 30 juin 1999, Syndicat national des directeurs d'écoles de masso-kinésithérapie et autres, RDSS, n°2, 15 juin 2000, p.355

⁸⁵⁸ cf. supra, CE, 30 juin 1999, Syndicat national des directeurs d'écoles de masso-kinésithérapie

est qu'il soit nécessaire de la faire, c'est la démonstration de la véritable motivation des pouvoirs publics en la matière. Alors que la mise en place de la mesure de restriction à l'accès en première année d'études avait été présentée, par le ministre de la santé et de la Sécurité sociale, comme la solution qui permettrait d'apporter une réponse aux « *premiers signes d'un flux de formation excessif [qui] commence à apparaître* » dans la mesure où il était considéré qu'avait été atteint un rythme de formation destiné, au départ, à rattraper des retards « *qui risque d'entraîner pour les élèves des dernières promotions des difficultés à trouver un emploi* », les seuls critères pris en compte pour déterminer les quotas étaient d'ordre économique, comme le relevèrent à juste raison les magistrats du Conseil d'Etat : nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité, structure par âge de la profession, évolution des revenus des professionnels de ce secteur, absence de rapprochement avec des indicateurs permettant d'apprécier les besoins actuels et futurs de la population française en matière de soins de masso-kinésithérapie.

Rappelons-nous aussi que la mesure avait également comme finalité de réduire les inégalités en matière de démographie professionnelle. Lorsqu'on compare les deux documents infra, issus du même organisme⁸⁵⁹, qui transcrivent cette démographie professionnelle le premier en 1976 et le second en 2014 il n'est pas besoin d'avoir fait de longues études pour constater qu'en l'espèce rien n'a changé...



⁸⁵⁹ Direction de la recherche et des études, de l'évaluation et des statistiques

Un an plus tard, un nouveau contentieux fut porté devant le juge administratif. Cette fois ce ne sont pas moins de 321 requérants, dont 315 étudiants, qui se liguèrent pour obtenir l'annulation de l'arrêté du 14 mars 2000⁸⁶⁰ du secrétaire d'Etat à la santé fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études [...] pour les sessions 1999-2000 & 2000-2001 ainsi que les arrêtés des préfets des régions Ile-de-France⁸⁶¹, Provence-Alpes-Côte d'Azur⁸⁶² procédant à la répartition entre les différents centres de formation des effectifs issus du décret ministériel contesté. Comme précédemment, les magistrats du Conseil d'Etat choisirent de joindre ces multiples requêtes (n° 221448, 221449, 221450, 221451, 221455, 221456, 222746, 223080, 25 mai 2000) pour statuer par une seule décision⁸⁶³.

Une partie du contentieux concernait la fin de non-recevoir opposé par le ministre de la santé aux conclusions dirigées contre les deux arrêtés du secrétaire d'Etat à la santé et du Préfet de la région Ile-de-France, précédemment censurés (cf. supra). La Haute cours administrative rappela au ministre que la circonstance du fait qu'à la suite de l'annulation des deux décrets du secrétaire d'Etat à la santé et du Préfet de la région Ile-de-France, les écoles et instituts de formation en masso-kinésithérapie aient admis en première année un nombre d'étudiants supérieur à ceux fixés par les arrêtés attaqués ne prive pas ces établissements d'un intérêt leur donnait qualité pour demander l'annulation de ces arrêtés. Pour annuler les deux arrêtés du secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale du 14 mars 2000, les magistrats de la Haute juridiction administrative, après avoir une nouvelle fois rappelé les dispositions des articles L.510-9 devenu L.4381-1 CSP⁸⁶⁴ et 4 du décret du 31 mars 1981 se fondèrent, une nouvelle fois, sur le fait que pour déterminer le nombre d'étudiants admis en première année d'études

⁸⁶⁰ 2 arrêtés du 14 mars 2000 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF n°72 du 25 mars 2000 page 4605

⁸⁶¹ Préfet de la région Ile-de-France, arrêté du 4 mai 2000 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute dans les écoles et instituts de formation en masso-kinésithérapie de la région Ile-de-France pour les sessions 1999-2000 et 2000-2001

⁸⁶² Préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, arrêté du 4 mai 2000 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute dans les écoles et instituts de formation en masso-kinésithérapie de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur pour les sessions 1999-2000 et 2000-2001

⁸⁶³ CE, Section du Contentieux, 1ère et 2ème sous-sections réunies, sur le rapport de la 1ère section, Centre d'enseignement pratique de massothérapie et de pédicurie-podologie et autres, n° Syndicat national des directeurs d'écoles de masso-kinésithérapie et autres, n° 221448, 221449, 221450, 221451, 221455, 221456, 222746, 223080, 27 novembre 2000

⁸⁶⁴ Article L4381-1, « Le nombre des étudiants ou élèves admis à entreprendre des études en vue de la délivrance des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice des professions d'auxiliaires médicaux peut être fixé chaque année compte tenu des besoins de la population et de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques, dans des conditions et selon des modalités déterminées pour chaque profession par décret en Conseil d'Etat, après consultation de la commission compétente du conseil supérieur des professions paramédicales. », CSP, version en vigueur au 27 novembre 2000

préparatoires au diplôme d'Etat de masseurs-kinésithérapeutes pour les sessions 1999-2000 et 2000-2001 et pour procéder à la répartition des places entre les régions, le secrétaire d'Etat à la santé s'était basé uniquement sur le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité, sur la structure par âge de la profession et sur l'évolution des revenus des professionnels par secteur, sans rapprocher ces éléments d'indicateurs permettant d'apprécier les besoins, actuels et futurs, de la population française en matière de soins de masso-kinésithérapie. Ils spécifièrent que l'indice de consommation théorique régional en actes de masso-kinésithérapie, ne peut en aucun cas tenir lieu d'élément d'appréciation des besoins de la population française en la matière dans la mesure où il s'agit d'une projection statistique à vingt ans qui aurait servi au secrétaire d'Etat pour déterminer le quota et la répartition régionale des étudiants. Une fois de plus le nombre d'étudiants retenu ne tient pas compte des critères définis. D'où, une fois de plus, l'annulation des décisions prises⁸⁶⁵ et une condamnation pour l'État à payer 5 000 francs à chaque école et instituts de formation en masso-kinésithérapie une somme de 5 000 francs (965 euros) au titre de l'article 75-1 de la loi susvisée du 10 juillet 1991. À titre subsidiaire, il n'est pas inintéressant de remarquer que, les 316 étudiants qui s'étaient regroupés pour déposer leur requête en annulation ayant oublié de désigner un mandataire unique pour les représenter auraient pu voir leur démarche frappée du sceau de l'irrecevabilité. Dans un souci de bonne administration de la justice, le Conseil d'Etat considéra que « [...] si les dispositions de l'article 53-5 du décret du 30 juillet 1963⁸⁶⁶ ne sont pas applicables lorsque la requête est signée par un avocat au Conseil d'Etat, il y a lieu, dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice, lorsqu'une requête signée par un avocat au Conseil d'Etat est présentée au nom d'un grand nombre de personnes physiques ou morales qui n'ont pas désigné l'une d'entre elles à cette fin, de regarder l'avocat comme le

⁸⁶⁵ DUBOUIS Louis, Masseur-kinésithérapeute, Fixation du nombre d'étudiants admis en première année préparatoire au diplôme d'Etat, CE 27 nov.2000, Centre d'enseignement pratique de massothérapie et de pédicure-podologie et autres, RDSS, 2001, p.277

⁸⁶⁶ Décret n° 63-766 du 30 juillet 1963 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance 45-1708 du 31 juillet 1945 et relatif à l'organisation et au fonctionnement du conseil d'Etat, JORF du 1er août 1963, p. 7107. Article 53-5 : « **Lorsqu'une requête est signée par plusieurs personnes physiques et morales, elle doit à peine d'irrecevabilité, contenir la désignation parmi les requérants d'un mandataire unique. Les actes de procédure et de notification sont valablement accomplis à l'égard du seul mandataire.** », Décret n° 63-766 du 30 juillet 1963 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance 45-1708 du 31 juillet 1945 et relatif à l'organisation et au fonctionnement du conseil d'Etat, JORF du 1er août 1963, p. 7107

mandataire unique des requérants à l'égard duquel les actes de notification sont valablement accomplis [...] en conséquence de lui notifier la présente décision à charge pour lui de la porter à la connaissance [des requérants] ».

L'arrêté du 3 juillet 2001 fixant le nombre d'étudiants pouvant prétendre à poursuivre des études de masso-kinésithérapie⁸⁶⁷ va, lui aussi, être attaqué⁸⁶⁸ mais cette fois-ci « l'angle d'attaque » est différent. Il s'agit d'une contestation en référé du *numerus clausus* des études de masseur-kinésithérapeute⁸⁶⁹. Un certain nombre de candidats de la région Ile-de-France, ayant obtenu, au concours de recrutement organisé par une école de masso-kinésithérapie un classement qui leur aurait permis d'être admis dans cet établissement si ce dernier avait été autorisé à inscrire un ou deux étudiants en plus du « quota » qui lui a été assigné dans le cadre de la répartition réglementaire aux niveaux national et régional demanda au juge des référés du Conseil d'Etat la suspension de l'arrêté précité sur le fondement de l'article L.521-1 du code de justice administrative⁸⁷⁰, fondant leurs requêtes sur le fait que l'arrêté du 3 juillet 2001 serait entaché d'illégalité pour les mêmes raisons ayant justifié l'annulation des deux précédents arrêtés similaires du secrétaire d'Etat à la santé et, qui plus est, qu'il porterait atteinte à la liberté d'entreprendre, méconnaîtrait les principes du droit communautaire relatifs à la libre circulation, au libre établissement et à la reconnaissance mutuelle des diplômes. Il était également demandé au juge administratif de reconnaître que cet arrêté, en limitant le nombre de professionnels sans tenir compte des diplômes étrangers délivrés à des ressortissants communautaires et notamment des Français, crée une discrimination illégale, le pouvoir réglementaire ayant dû prendre en considération la formation dispensée dans d'autres pays de la communauté.

⁸⁶⁷ Arrêté du 3 juillet 2001 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF n°163 du 17 juillet 2001 page 11422

⁸⁶⁸ Requête du 17 septembre 2001, M. Jérémie BOUVET et autres

⁸⁶⁹ Recueil Lebon, recueil des décisions du conseil d'Etat, CE 05 octobre 2001, Lebon, n°6, 31 décembre 2002

⁸⁷⁰ Code de justice administrative (CJA), Article L521-1 « *Quand une décision administrative, même de rejet, fait l'objet d'une requête en annulation ou en réformation, le juge des référés, saisi d'une demande en ce sens, peut ordonner la suspension de l'exécution de cette décision, ou de certains de ses effets, lorsque l'urgence le justifie et qu'il est fait état d'un moyen propre à créer, en l'état de l'instruction, un doute sérieux quant à la légalité de la décision. Lorsque la suspension est prononcée, il est statué sur la requête en annulation ou en réformation de la décision dans les meilleurs délais. La suspension prend fin au plus tard lorsqu'il est statué sur la requête en annulation ou en réformation de la décision.* »

Cette action, novatrice en la matière, a été rendue possible par la loi du 30 juin 2000⁸⁷¹ qui a réformé les procédures de référé devant les juridictions administratives et renforcé les pouvoirs du juge administratif des référés qui, statuant seul, peut dans le cadre d'un référé suspension, ce qui est le cas en l'espèce, prononcer l'exécution d'une décision administrative. Pour cela, l'alinéa 1^{er} de l'article L521-1 du Code de la justice administrative impose deux conditions cumulatives. Il faut qu'il y ait un caractère d'urgence (« [...] lorsque l'urgence le justifie [...] ») que le juge apprécie librement en fonction de son souverain pouvoir d'appréciation et l'existence d'un doute sérieux sur la légalité de l'acte attaqué (« [...] un moyen propre à créer, en l'état de l'instruction, un doute sérieux quant à la légalité de la décision [...] »).

Pour que le juge de l'urgence accueille favorablement leur demande, les requérants firent valoir que « [...] l'urgence est manifeste puisque la rentrée vient à peine de commencer et qu'il est encore possible de pallier un retard d'un mois sur une formation [...] ». Après avoir entendu les arguments en défense du ministre de la santé, le juge des référés conformément aux dispositions de l'alinéa 1^{er} de l'article 521-1 du CJA, après avoir considéré que les requérants justifiaient de façon précise avoir obtenu au concours d'entrée un classement qui leur aurait permis d'intégrer le cursus scolaire si l'établissement avait été autorisé à inscrire un ou deux étudiants en sus du « quota » qui lui avait été attribué par un texte réglementaire qui en l'absence de publicité n'a pas pu être contesté jugea que la situation ainsi créée en ce qui les concerne constitue une situation d'urgence puisqu'à cette période de l'année universitaire il paraît encore possible d'engager une formation. D'autre part, la détermination du nombre maximum d'étudiants admis en première année préparatoire au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, sans référence précise à des indicateurs pertinents, en méconnaissance des dispositions de l'article L.4318-1 CSP, moyen avancé identique à celui retenu par le Conseil d'Etat pour annuler pour excès de pouvoir les arrêtés similaires relatifs aux deux années précédentes, « [...] paraît en l'état de l'instruction propre à créer un doute sérieux quant à la légalité de l'arrêté contesté [...] » Les conditions d'urgence et de doute sérieux quant à la légalité de l'arrêté du 3 juillet 2001 étant réunies, le juge prononça la suspension des effets de la décision administrative contestée jusqu'à ce que le Conseil d'Etat

⁸⁷¹ Loi n° 2000-597 du 30 juin 2000 relative au référé devant les juridictions administratives, JORF n°151 du 1^{er} juillet 2000, p. 9948

se prononce sur le fond de l'affaire. La décision du Conseil d'Etat intervint au début du deuxième trimestre de l'année 2002⁸⁷².

De manière liminaire, les magistrats écartèrent la fin de non-recevoir opposée par le ministre de la santé, tirée du défaut d'intérêt à agir des requérants. Puis, après avoir constaté qu'aucun grief ne permettait de remettre en cause la légalité externe de l'arrêté attaqué ils se prononcèrent sur sa légalité interne. Pour rejeter la demande d'annulation de l'arrêté précité les magistrats de la Haute cour administrative considérèrent que les dispositions du 31 mars 1981 qui trouvent leur base légale dans l'article L.510-9 CSP ne portent pas une atteinte illégale à la liberté d'entreprendre et à celle d'exercer une activité professionnelle et que s'il est possible à des ressortissants français d'effectuer des études de masso-kinésithérapie dans des États de l'Union Européenne ne pratiquant pas de restriction d'accès dans les écoles de formation, leur permettant ainsi de s'établir par la suite en France pour y exercer cette activité, cette circonstance n'est pas de nature à établir l'existence d'une discrimination contraire au droit communautaire entre ressortissants français désireux d'exercer la profession de masseur-kinésithérapeute en France. Puis, ils énoncèrent que pour fixer le nombre d'étudiants⁸⁷³ admis pour la session 2001, en augmentation de 22 par rapport à l'année précédente, le ministre apportait la preuve que sa décision était fondée sur une étude très détaillée réalisée en 1998 faisant apparaître la proportion de personnes déclarant souffrir de troubles ostéo-articulaires, ce qui permettait de prévoir compte tenu d'un certain nombre de critères liés à l'âge, au sexe et à l'accroissement des besoins de la population en la matière, en conséquence de quoi le ministre ne s'était pas, comme les années précédentes, fondé uniquement sur le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité, la structure par âge de la profession et l'évolution des revenus des professionnels de ce secteur.

Le contentieux, en la matière, refera une brève apparition en 2013⁸⁷⁴ à l'initiative non plus des masseurs-kinésithérapeutes mais des pédicures-podologues qui feront grief au ministre de la santé de ne pas avoir publié un arrêté fixant le nombre maximum d'étudiants admis en première année d'études de pédicurie-podologie. Sur le fondement de l'article L. 4383-2 du CSP, le Conseil d'Etat considérant que « *le législateur n'a pas entendu imposer au pouvoir*

⁸⁷² Conseil d'Etat, 1 / 2 SSR, du 3 avril 2002, M. Bouvet et autres, n° 238237, inédit au recueil Lebon

⁸⁷³ Pour la session 2001-2002, le quota fixé par l'arrêté du 3 juillet 2001 fixait à 1336 était de 1336. Dans les faits, ce sont 1488 étudiants qui débutèrent des études de masso-kinésithérapie car 152 d'entre eux bénéficièrent de l'annulation par le CE de l'arrêté précédent.

⁸⁷⁴ CE, Fédération nationale des podologues, 23 janvier 2013, n° 357261, mentionné dans les tables du recueil Lebon

réglementaire de fixer un nombre maximum d'étudiants [...] mais de lui ouvrir simplement la faculté de le faire » rejettera cette requête qui traduit parfaitement l'état d'esprit des professionnels libéraux de ces deux professions issues d'une naissance gémellaire, qui sont hantés par la crainte d'une concurrence incontrôlée et totalement dérégulée par l'installation de jeunes professionnels formés tant en France que dans l'espace communautaire.

Lorsqu'on se souvient de l'empressement des pouvoirs publics à mettre en place la mesure des quotas, il ne nous semblait pas inutile de rappeler, comme l'ont fait les magistrats du Conseil d'Etat dès l'origine, que la restriction au recrutement n'était qu'une simple possibilité, comme en disposait l'article L510-9 CSP « [...] *le nombre d'étudiants ou élèves admis à entreprendre des études [...] peut être fixé chaque année [...]* ». Une fois de plus, nous sommes obligés de constater que la voix des instances prévues à cet effet ne fut guère écoutée lorsque ces dernières furent consultées comme la loi l'impose, le pouvoir réglementaire imposant son diktat en matière de recrutement.

C. L'exil universitaire : une des conséquences des quotas

Ce diktat va être à l'origine de la fuite de bon nombre de jeunes compatriotes désireux d'embrasser la profession de masseur-kinésithérapeute vers des pays limitrophes où l'accès à la formation n'est pas soumis à des restrictions de recrutement initial.

Usant de la possibilité de reconnaissance des qualifications mise en place par les instances communautaires, ils vont dans un premier temps se tourner vers la Belgique. Pendant plusieurs années ce pays va être pour ces candidats un véritable eldorado dans la mesure où dans la partie francophone, la barrière de la langue est inexistante. Mais, en 2006, les autorités belges confrontées à l'explosion des inscriptions des étudiants français dans les disciplines médicales et paramédicales⁸⁷⁵ vont mettre en place des mesures pour limiter le nombre d'étudiants dans certains cursus universitaires⁸⁷⁶. À partir de là, il deviendra beaucoup plus aléatoire d'obtenir l'autorisation de s'inscrire en première année dans une Université ou une Haute-Ecole de kinésithérapie pour les étudiants non-résidents belges. Alors de plus en plus se tourneront vers l'Espagne, l'Allemagne voire la Roumanie. Pendant de longues années,

⁸⁷⁵ BENJAMIN Anna, La Belgique instaure des quotas d'étudiants étrangers en médecine et dentaire, Le Monde.fr | 29.06.2012 à 10h17 • Mis à jour le 04.07.2012 à 14h47, <http://www.lemonde.fr/europe/>

⁸⁷⁶ Décret du 16 juin 2006 régulant le nombre d'étudiants dans certains cursus de premier cycle de l'enseignement supérieur,

comme le soulignait encore récemment la DREES⁸⁷⁷ à l'occasion de la publication des statistiques relatives aux professions de santé en général, et aux masseurs-kinésithérapeutes en particulier, la multiplicité des sources et leurs fragilités « [...] *Les statistiques présentées dans ce document ne sont pas directement extraites des répertoires, image au jour le jour des déclarations des professionnels de santé, mais d'un fichier « corrigé » [...] à des fins statistiques. Elles ont pour vocation essentielle de supprimer une partie des erreurs manifestes [...], des incohérences observées [...], des informations inexploitable [...]* Malgré les différentes opérations qualité mises en œuvre au fil des années et l'obligation légale d'inscription, le répertoire ADELI présente des fragilités qui justifient que l'on considère avec précaution les statistiques présentées [et] sous-estime potentiellement les jeunes professionnels en activité et sur représente les plus âgés. » Deux éléments nous permettent, en la matière, de disposer de chiffres fiables et avérés. Sur le plan national, il s'agit des statistiques publiées par le CNOMK à partir des données extraites du Tableau de l'Ordre et sur le plan régional des chiffres issus des différentes réunions de la Commission régionale européenne du Languedoc-Roussillon compétente pour les masseurs-kinésithérapeutes en matière de reconnaissance des diplômes européens⁸⁷⁸ qui nous permettent d'avoir une idée très précise de l'ampleur du phénomène sur une période débutant au 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2014.

Plus que de longs discours, les différents tableaux infra nous permettrons de faire un constat de cet exil universitaire et de ses conséquences sur la démographie professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes.

Au niveau de la région Languedoc-Roussillon depuis 2010, la commission s'est réunie 15 fois au cours desquelles elle a eu à traiter 647 dossiers qui ont donné lieu à 482 autorisations d'exercice.

⁸⁷⁷ SICART Daniel, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Les professions de santé au 1er janvier 2014 », Série statistiques n° 189, Juin 2014, p.5-6

⁸⁷⁸ Décret n° 2010-334 du 26 mars 2010 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises des ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales et à la formation des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, article 7, JORF du 28 mars 2010, p. 6135. Commission des masseurs-kinésithérapeutes relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises par des ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou des autres Etats parties à l'accord sur l'espace économique européen pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales. Région Languedoc-Roussillon, arrêté préfectoral n° 100638 du 06 octobre 2010

Exercices	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Nombre de réunions	1	4	3	3	4	15
Nombre de dossiers	69	191	149	170	68	647
Autorisations d'exercice	65	92	121	147	57	482
Mesures compensatoires	3	78	24	13	8	126
Demandes complément d'informations	0	8	18	10	3	39
Refus	1	13	0	0	1	15

Si les pays d'origine des demandeurs sont très variés, les candidats de nationalité française représentent près d'un tiers des demandeurs (32,6165 %), suivis par les Espagnols (26,43 %) les Roumains (14,22 %), les Polonais (11,9 %), les Portugais (5,26 %), les Belges (4,48 %), les Allemands (2,01 %) puis, de manière marginale, les Italiens (0,77 %), les Néerlandais (0,62 %). L'Autriche, le Danemark, deux pays de l'UE sont représentés par avec un candidat chacun (0,15 %). Dans ce tableau figure un intrus en la personne d'un ressortissant colombien qui, ayant obtenu des autorités espagnoles l'équivalence de son diplôme colombien, avait réussi à le faire valider comme diplôme espagnol ce qui lui avait permis d'exercer légalement en Espagne. Nous verrons infra qu'en lui délivrant une autorisation d'exercice la Commission européenne Languedoc-Roussillon a commis une erreur de droit, le demandeur n'étant pas un ressortissant européen.

Pays d'origine des demandeurs	2010	2011	2012	2013	2014	Total
ALLEMAGNE	0	4	6	3	0	13
AUTRICHE	0	0	1	0	0	1
BELGIQUE	4	11	5	2	7	29
COLOMBIE	0	0	0	1 (diplôme espagnol)	0	1
DANEMARK	0	0	0	0	1	1
ESPAGNE	8	71	48	38	6	171
FRANCE	54	62	39	41	15	211
ITALIE	0	2	2	0	1	5
PAYS BAS	0	0	1	3	0	4
POLOGNE	0	0	28	30	19	77
PORTUGAL	0	16	11	5	2	34
ROUMANIE	3	25	8	38	18	92

Commission européenne Languedoc-Roussillon (2010-2014) : Nationalités des demandeurs

Les ressortissants français ont principalement privilégié deux pays pour effectuer leurs études. Comme on pouvait s'y attendre la Belgique (70 %) arrive en tête et, compte tenu de l'implantation régionale, l'Espagne (21,8 %) est en seconde position.

Pays d'études des candidats français	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
BELGIQUE	52	39	20	31	6	148
ESPAGNE	2	16	10	9	9	46
HONGRIE	0	1	1	0	0	2
PAYS BAS	0	1	1	0	0	2
PORTUGAL	0	0	1	0	0	1
ROUMANIE	0	2	2	0	0	4
ROYAUME UNI	0	0	1	0	0	1
REPUBLIQUE TCHEQUE	0	3	3	1	0	7

Commission européenne Languedoc-Roussillon (2010-2014) : Pays d'études des candidats français

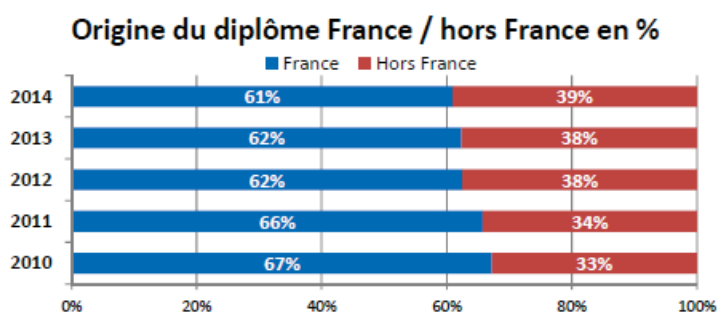
Un certain nombre de demandeurs possédant une double nationalité, cette dernière a bien évidemment guidé leur choix (Roumanie / 1,90 %, Pays-Bas / 0,95 %, Royaume-Uni et Portugal / 0,47 %). Pour ce qui est des demandeurs ayant déclaré avoir effectué leurs études en République Tchèque (3,32 %) et en Hongrie (0,95 %) nous nous devons de signaler qu'en pratique il s'agit de ressortissants français ayant fait le choix de s'inscrire dans une école privée, la Libre Université de Sciences Humaines et Technologiques située à Lugano en Suisse. Cette école privée proposait deux cursus. Le premier est un « Bachelorin Physiotherapy » obtenu en trois ans à la suite d'une formation dispensée sur le territoire suisse par la LUDES, les étudiants étant immatriculés auprès de l'Université d'État « Ostraviensis Universitas » sise à Ostrava en République Tchèque, qui leur délivrera le diplôme final. Le second est un « Bachelor of Science degree in Physiotherapy » en physiothérapie » obtenu en quatre ans. Là encore, la formation est dispensée sur le sol suisse par la LUDES mais en l'espèce les étudiants sont immatriculés auprès de l'Université d'État « Semmelweis University » la qualification professionnelle certifiée étant reconnue dans le pays d'accueil à savoir la Hongrie⁸⁷⁹. À ce jour, l'offre de formation d'une durée de trois ans semble avoir été abandonnée, la LUDES n'en faisant plus la promotion. La condamnation ultérieure pour tromperie sur une qualité substantielle d'une prestation de service⁸⁸⁰ de deux individus, ayant signé une convention avec cet institut et qui servaient en quelque sorte de « rabatteurs » en

⁸⁷⁹ <http://www.uniludes.ch/>

⁸⁸⁰ Cass. crim., 13 novembre 2013, n° 12-86353, Rejet, (décision attaquée, CA Aix en Provence, 5ème ch. 11 septembre 2012)

proposant à des jeunes français un enseignement en France qui selon leurs dires leur permettrait l'exercice de la masso-kinésithérapie en France et au sein de l'Union européenne ne serait pas étrangère à cette décision. En effet, très rapidement, il s'avéra que faute d'agrément par les autorités suisses, il leur serait impossible d'exercer sur le territoire helvète et donc dans l'ensemble de l'Union européenne. Les prévenus furent condamnés pour avoir délivré une information inexacte sur la valeur du diplôme proposé⁸⁸¹. Il nous semble intéressant de signaler que l'un des délinquants est partie prenante dans le contentieux opposant les autorités françaises et plusieurs syndicats de professions de santé avec l'antenne française de l'Université privée portugaise Fernando PESSOA, le CLESI⁸⁸². À ce jour les parties sont dans l'attente de la décision de la Cour d'appel d'Aix en Provence qui décidera de l'avenir de cet institut de formation.

Ces données ne reflètent, bien évidemment, que l'activité d'une commission régionale et ne sauraient, à ce titre, prétendre à une quelconque exhaustivité. C'est pour cela qu'il nous a semblé impératif de prendre en considération les chiffres publiés récemment par le CNOMK qui, par la voix de Secrétaire général, Jean-François DUMAS, vient de diffuser⁸⁸³ les résultats d'une étude portant sur l'origine des diplômés des consœurs et des confrères qui se sont inscrits pour la première fois au Tableau de l'Ordre entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2014. Sur les 22 898 primo inscriptions, en moyenne, 36 % (8 175) avaient obtenu leur diplôme hors de France et 63 % (14 468) au sein d'un IFMK. On peut remarquer que cette proportion tend à s'accroître régulièrement au fil des ans puisqu'en 2010 le taux était de 33 % puis de 34 % en 2011 et 2012 pour passer à 38 % en 2013 et 39 % en 2014 comme nous l'indique les différents diagrammes extraits de cette étude ordinale :

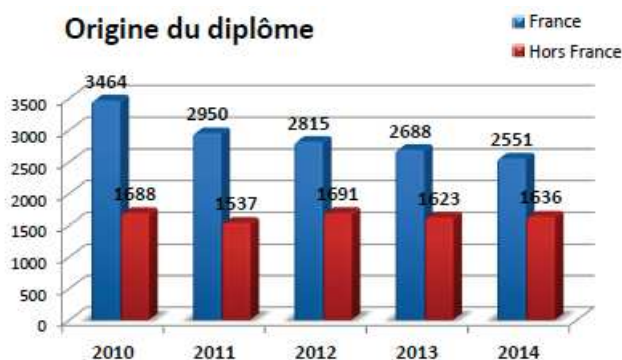


⁸⁸¹ BOULOC Bernard, « Publicité trompeuse. Qualité substantielle d'une prestation de service », RTD Com. , n°1, 20 mai 2014, p. 205

⁸⁸² CLESI Centre Libre d'Enseignement Supérieur International

⁸⁸³ CNOMK, Conférence des présidents de régions et interrégions, Paris, 4 juin 2015

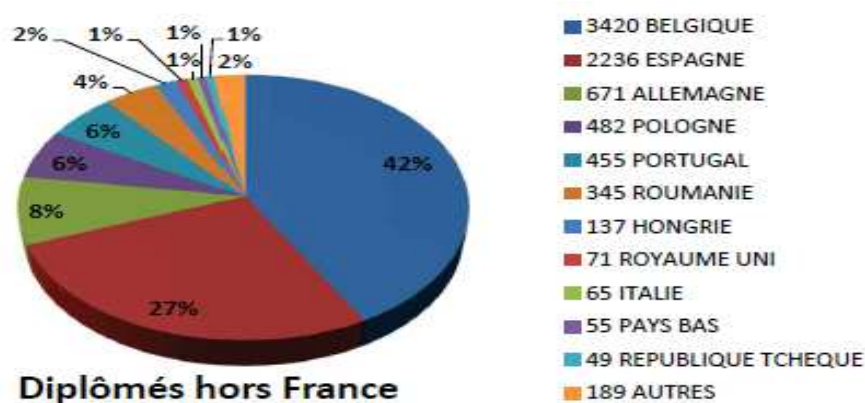
Cette étude montre que le pourcentage de diplômes obtenus hors des frontières françaises reste relativement stable puisqu'il oscille entre 1 691 et 1 636 pour les valeurs les plus extrêmes.



Cette évolution ne signifie que de plus en plus d'étudiants français désertent les formations universitaires hexagonales au profit de celles dispensées hors des frontières au sein de l'Union européenne. Elle est également liée au fait que ce c'est à partir de 2010 que la politique d'inscription au tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes salariés, mise en place par le CNOMK et relayée par les CDOMK, a commencé à porter ses fruits.

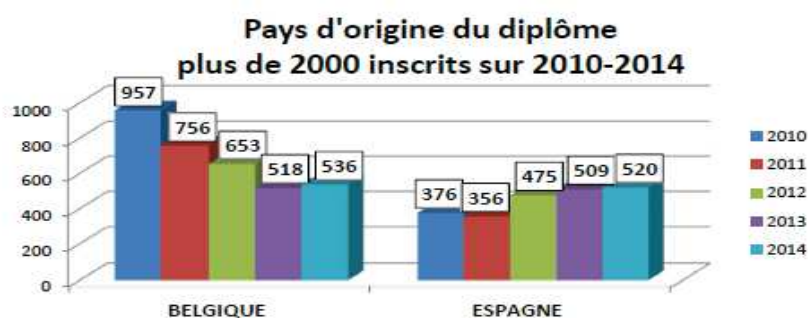
Dans la mesure où les établissements hospitaliers et les centres de rééducation fonctionnelle emploient un très fort contingent de masseurs-kinésithérapeutes étrangers, il faut rechercher dans l'inscription tardive de ces masseurs-kinésithérapeutes salariés l'origine de ce fait.

Les États membres de l'Union européenne qui délivrent le plus de diplôme sont Belgique (42 %, 3 420) puis l'Espagne (27 %, 2 236) et l'Allemagne (8 %, 671).

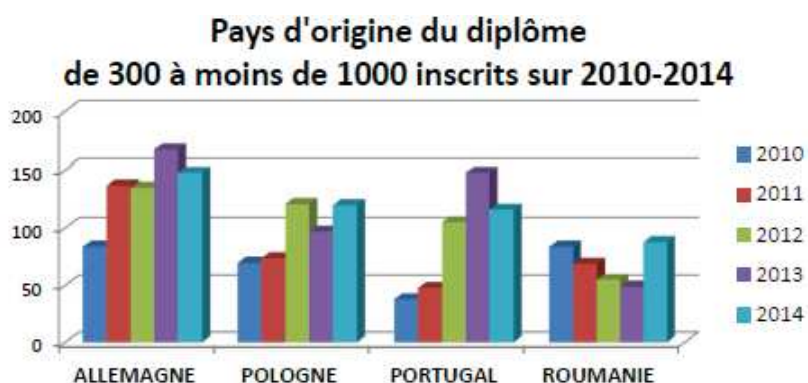


Lorsqu'on affine les chiffres, certaines évolutions sont intéressantes à remarquer comme le montre le tableau ci-dessous. Ainsi pour les deux pays principaux pourvoyeurs de diplômes, à savoir la Belgique et l'Espagne on constate une décrue régulière des diplômes belges et symétriquement une croissance numérique non moins régulière des diplômes espagnols. Cela

tient au fait que la Belgique a mis en place depuis plusieurs années des mesures visant à restreindre l'accès aux formations qu'elle organise en la matière aux étudiants français. L'Espagne quant à faisant tout pour attirer les étudiants français et leur permettre d'effectuer leurs études à moindre coût du fait de la situation économique de ce pays depuis 2008, année du début de la crise économique mondiale qui a fait éclater la « bulle immobilière » espagnole et précipitée ce pays dans une grave crise économique.



Ensuite on trouve un groupe composé de quatre pays ayant fourni au cours de la période considérée entre 300 à 1 000 primo inscrits. Par ordre décroissant il s'agit de l'Allemagne (671), de la Pologne (482), du Portugal (455) et de la Roumanie (345).

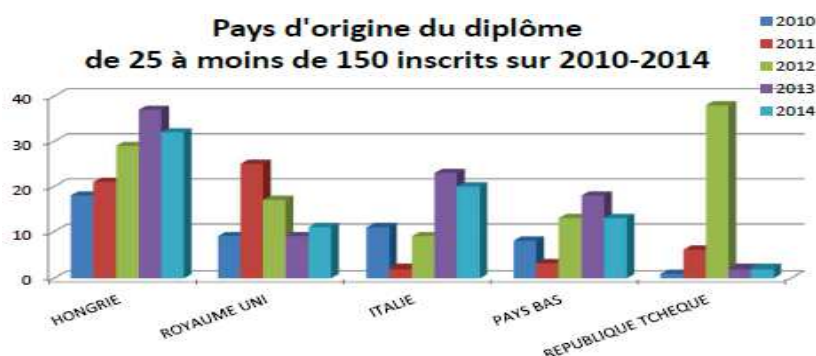


Le leadership de l'Allemagne s'explique par la présence de trois instituts universitaires de formation à proximité immédiate des frontières françaises⁸⁸⁴ qui drainent vers elles une majorité de jeunes alsaciens et lorrains. Le nombre relativement important de diplômes d'origine polonaise est lié au fait des forts liens séculaires qui unissent ce pays, où la francophonie n'est pas un vain mot avec la France. La tendance à remarquer, et qu'il sera intéressant à suivre dans les années à venir, est la montée en puissance des diplômes d'origine roumaine, ce pays attirant de plus en plus de candidats français que ce soit en physiothérapie ou en médecine, malgré des conditions d'études qui semblent loin d'être satisfaisante si on se

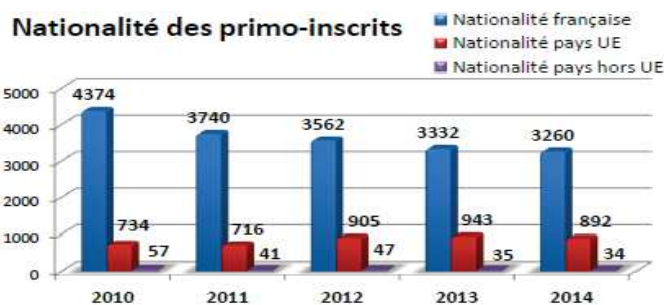
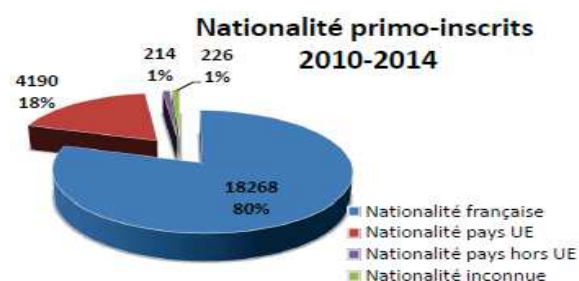
⁸⁸⁴ Deux écoles sont situées à 20 kilomètres de Colmar et de Mulhouse (Emmendingen et Bad Krozingen) et une troisième à environ 120 kilomètres e Strasbourg (Plettenbergschule-Ausbildungszentrum) à Balingen-Engstlatt)

réfère au drame qui s'est déroulé au printemps 2015 au sein de l'université de Cluj où en quelques jours deux étudiantes françaises ont tenté de mettre fin à leurs jours et deux autres se sont suicidées⁸⁸⁵.

Enfin, cinq pays ont été à l'origine de vingt-cinq à moins de cinquante inscrits entre 2010 et 2014. Toujours par ordre décroissant, il s'agit de la Hongrie (137), du Royaume-Uni (71), de l'Italie (65), des Pays-Bas (55), et de la République Tchèque (49).



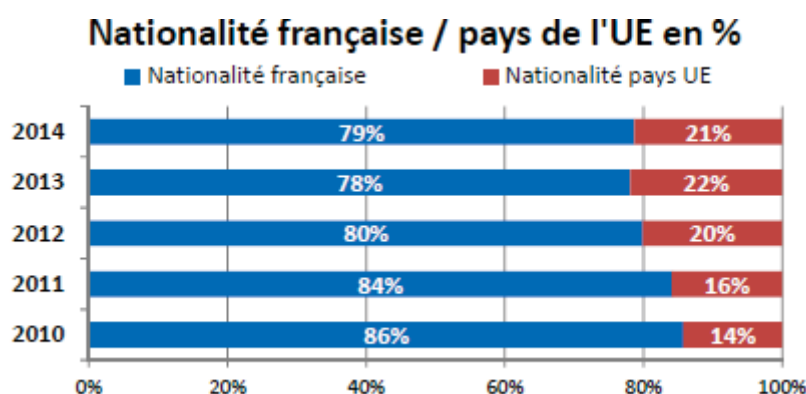
L'expérience que nous avons en tant que représentant du CROMK LR au sein de la Commission régionale Languedoc-Roussillon qui délivre les équivalences de diplômes ainsi que les informations échangées lors des différentes réunions organisées en la matière par le CNOMK montrent que les diplômes obtenus en Italie, au Pays-Bas et au Royaume-Uni le sont le plus souvent par des ressortissants de ces pays qui viennent ensuite exercer en France pour des raisons familiales. Les diplômes hongrois et tchèques sont d'une tout autre nature. Hormis les ressortissants de ces deux pays qui légitimement ont effectué leur cursus universitaire dans leurs pays d'origine, la majorité des diplômés sont des Français. Si l'origine géographique des diplômes est intéressante, il nous semble que leur nombre l'est bien plus et que la nationalité des diplômés communautaires l'est encore plus. Toujours en se référant aux statistiques du CNOMK, on s'aperçoit qu'entre 2010 et 2014 80 % des primo inscrits sont de nationalité française, 18 % sont des ressortissants européens et 1 % est issu d'un état tiers.



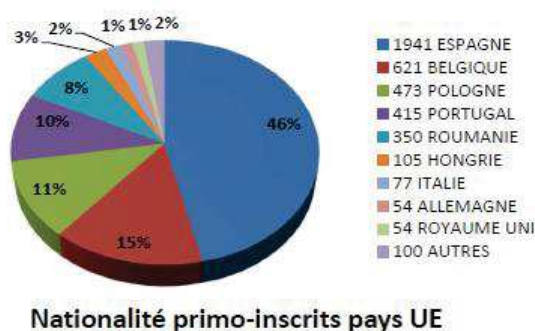
⁸⁸⁵ <http://www.lemonde.fr/societe/article/2015/04/25/a-cluj-le-malaise-des-etudiants-en-medecine-francais/>

Le compte n'y est pas. En effet il manque 1 % comptabilisé comme étant de nationalité inconnue ! En fait, cela tient à la négligence de CDOMK dont les secrétariats renseignent mal les items de la fiche d'inscription ordinale.

Depuis de longues années, venant de tous les horizons (professionnels, syndicaux, politiques) des voix s'élèvent pour juger absurde et discriminatoire le maintien des quotas d'entrée en première année des IFMK. Les chiffres publiés par le CNOMK sont éloquentes. Entre 2010 et 2014 le nombre des ressortissants communautaires a fortement progressé passant de 14 % à 21 %.

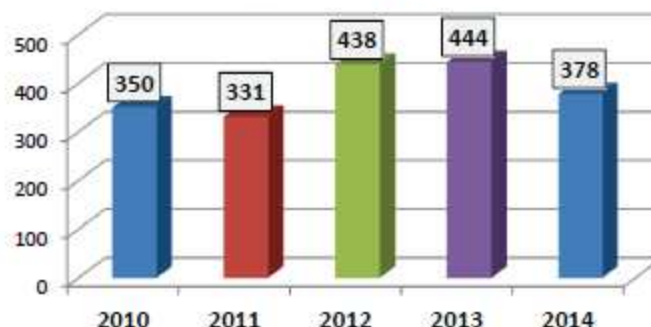


En 2015, il est loin le temps où il fallait être de nationalité française pour pouvoir exercer la masso-kinésithérapie. Sans risque d'être détrompé nous pouvons dire que la pratique de cette profession s'est « internationalisée » en France comme le montre le tableau suivant.



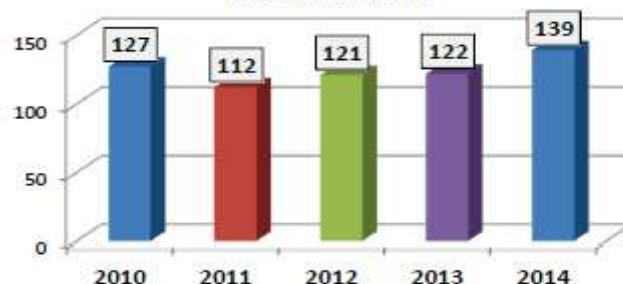
Parmi les 4 190 primo inscrits au tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes entre 2010 et 2014 l'Espagne arrive largement en tête avec 1 941 ressortissants soit trois fois plus que la Belgique (621). La proportion de ressortissants espagnols est relativement stable oscillant entre 350 en 2010 et 378 en 2014. Les pics à 438 et 444 des années 2012 et 2013 peuvent s'expliquer par l'inscription tardive de salariés « rattrapés par la patrouille » et contraints d'obtempérer pour ne pas être poursuivi pour exercice illégal de la masso-kinésithérapie par défaut d'inscription.

**Pays de nationalité = Espagne
sur 2010-2014**

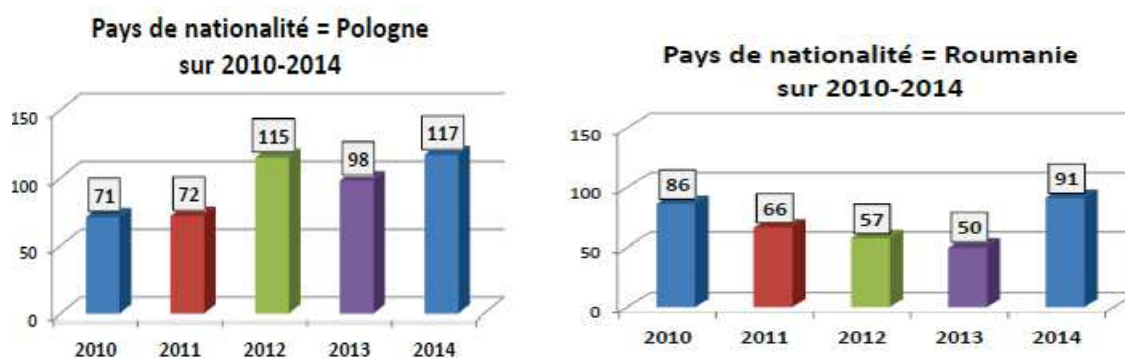


Les citoyens belges arrivent en deuxième position avec 621 primo inscrits. Au fil des ans leurs nombres est relativement stables comme nous l'indique le tableau suivant

**Pays de nationalité = Belgique
sur 2010-2014**



Deux pays semblent fournir un nombre croissant de professionnels. Il s'agit de la Pologne (473) et la Roumanie (350). Nous pensons que l'explication tient à deux raisons. En premier lieu la situation économique et le défaut de prise en charge des soins de masso-kinésithérapie en secteur privé dans ces deux pays récemment intégrés au sein de la Communauté européenne. D'autre part, l'existence dans les pays d'origine d'officines ayant pour vocation de permettre la reconnaissance des diplômes universitaires des candidats par les autorités françaises en présentant en leur nom des dossiers tellement parfaits et uniformes qu'ils en devenaient suspects a fini par attirer l'attention des DRJSCS. Désormais le secrétariat des DRJSCS rejette ces dossiers présentés groupés en rappelant à leurs auteurs que chaque demande doit être individuelle et accompagnée d'une lettre présentant le projet professionnel du candidat.



Le Portugal présente la particularité d'avoir connu une forte progression de primo inscrits passant de 38 en 2010 à 91 en 2012 et 141 en 2013 pour revenir à 98 en 2014. Il semblerait que le pic relevé en 2013 soit lié à la régularisation des inscriptions de masseurs-kinésithérapeutes portugais exerçant en tant que salariés et que le nombre annuel de masseurs-kinésithérapeutes lusitaniens désirant exercer en France se stabilise autour de 95 par an.



Pour ce qui est des ressortissants d'un Etat membre de l'UE cette étude confirmant la mobilité professionnelle des physiothérapeutes européens montre la multiplicité de leurs origines géographiques.

Cependant, seuls six de ces États ont fourni un contingent, certes moins important que ceux que nous venons de citer, mais pouvant être remarqué. Il s'agit de la Hongrie avec 105 primo inscrites en 5 ans, l'Italie (77), l'Allemagne et le Royaume-Uni pour une fois à égalité avec 54 inscriptions, les Pays-Bas (23) et la Bulgarie (10). Pour ce dernier pays, il y a fort à parier que le nombre de physiothérapeutes bulgares qui, après avoir obtenu la validation de leur formation universitaire, s'inscriront au tableau de l'Ordre dans les années à venir va rapidement progresser à l'instar de la Roumanie dans la mesure où ce pays n'a adhéré que très récemment à l'Union européenne (2007)⁸⁸⁶.

⁸⁸⁶ La Bulgarie avait soumis son adhésion à l'Union européenne en décembre 1995. Les négociations avec les autorités communautaires ont démarré en février 2000. Elle est officiellement entrée dans l'Union européenne 1er janvier 2007 avec la Roumanie ; devenant ainsi le 26ème Etat membre de



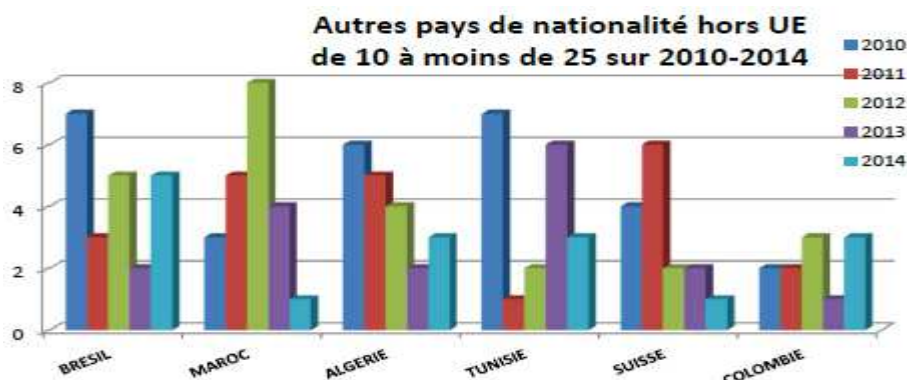
Pour être complet, il nous faut remarquer que, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en la matière, un certain nombre de primo inscrits sont originaires d'Etat tiers, c'est-à-dire n'appartenant pas à l'UE. Cependant, même si leur nombre est relativement faible puis que totalisant pour chacun entre 10 à 24 inscriptions sur les cinq années considérées, comme nous le montre le tableau suivant, quelques remarques méritent tout de même d'être faites. Les trois pays du Maghreb ont bien évidemment présents car indépendamment du fait que les primo inscrits sont tous bilingue, les liens historiques entre ces pays et la France sont anciens et malgré les conflits qui ont pu exister sont restés très forts. La Suisse figure également dans cette catégorie car il n'y a pas de barrière linguistique pour ses ressortissants désireux d'exercer en France.

Le Brésil (22) et la Colombie (10) présentent des similitudes. Ce sont deux pays d'Amérique Latine ayant eu des liens forgés par l'Histoire avec deux Etat membres de l'UE. Le Portugal pour le Brésil et l'Espagne pour la Colombie. Ayant rappelé cela, il n'y a pas à aller chercher plus loin la raison de leur présence dans cette étude.

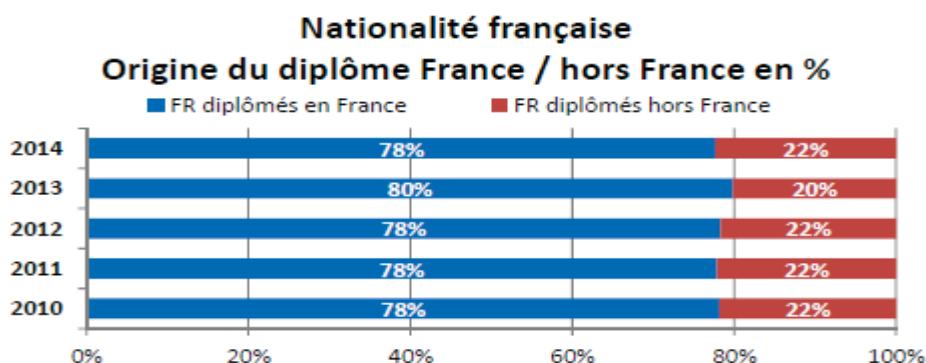
Leurs ressortissants font dans un premier temps reconnaître leur diplôme qui au Portugal qui en Espagne puis au bout de quelques mois à quelques années d'exercice professionnel dans ces deux derniers pays viennent faire reconnaître leur qualification en France. Le tour est joué ! Les commissions régionales de validation des diplômes n'osant pas remettre en cause la décision d'un Etat membre voisin. En fait, en agissant comme cela, elles valident une autorisation d'exercice préalablement délivrée alors qu'elles se doivent de valider une formation universitaire après avoir vérifié que le contenu de l'enseignement délivré pour

l'UE. La reconnaissance des diplômes et certificats de formation professionnel obtenus dans les divers pays de l'Union européenne devrait être effective d'ici 2012. Un plan d'action commune des 27 ministres de l'instruction est en cours. Source : http://www.bulgaria-france.net/unioneuropeenne/ue_bulgarie.html

obtenir ledit diplôme ne présente pas de différence significative avec le programme des études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, ce qui n'est pas la même chose.



In fine, cette étude apporte la preuve concrète que le nombre des ressortissants français formés au sein de l'UE qui s'inscrivent au tableau de l'Ordre est significativement important puisqu'il est en moyenne de 22 %.



Dans un premier temps, la profession ne prendra pas l'exacte mesure de l'impact que va représenter cette démarche d'expatriation universitaire qui, dans le cadre de la libre circulation des personnes et des services, va permettre à un nombre de plus en plus important de jeunes françaises et de jeunes français de venir exercer sur le territoire national après avoir obtenu la validation de leurs diplômes délivrés par un établissement universitaire d'un pays de l'Union européenne. Nous pouvons écrire, sans grand risque d'être détrompé, que ce n'est qu'à partir du moment où, attiré par notre système de protection sociale, de plus en plus de praticiens étrangers (Belges, Espagnols, Portugais, Roumains) vont venir exercer en France que les professionnels vont réagir d'une manière que nous n'hésitons pas à qualifier d'épidémique et corporatiste.

Pour mieux comprendre la situation en la matière, il ne nous semble pas inutile de rappeler ce que fut la mise en place progressive de la reconnaissance des qualifications par les autorités communautaires.

Paragraphe 3 Une évolution également liée à l'émergence de la réglementation communautaire en matière de reconnaissance de qualifications professionnelles

1. La mise en place progressive de la reconnaissance des qualifications professionnelles

A. Un principe fondateur : la liberté d'établissement

La liberté d'établissement permet à un ressortissant européen de s'installer de manière durable dans un autre Etat membre et d'y exercer la même profession pour laquelle il est qualifié dans son Etat d'origine. Elle a été instituée par le Traité de Rome signé le 25 mars 1957 instituant la CEE⁸⁸⁷ qui a jeté les bases d'un marché commun fondé sur la libre circulation des personnes, des services, des marchandises et des capitaux. Ce droit fondamental, dont dispose tout ressortissant d'un Etat-membre, va être garanti par une politique positive des institutions européennes permettant de le concrétiser en levant les obstacles qui pourraient l'entraver.

Dès lors, les institutions européennes n'ont pas souhaité harmoniser les études permettant d'obtenir l'accès à une profession médicale ou paramédicale ni uniformiser les systèmes de santé⁸⁸⁸. Elles ont institué des règles facilitant la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles entre les Etats membres.

Initialement présentée comme un modèle à suivre (professions préexistantes, pathologies identiques, attentes des patients similaires, etc.) la mise en application de la liberté de circulation des professionnels de santé s'est avérée très difficile car de nombreuses difficultés

⁸⁸⁷ Traité de Rome: 25 mars 1957, Traité instituant la Communauté économique européenne (CEE). Le but principal du Traité instituant la Communauté économique européenne est d'établir un Marché commun dans lequel les marchandises circulent librement. Le Traité contient les règles essentielles au fonctionnement de ce Marché. Il pose également les bases de politiques communes qui seront développées par la suite. Signé le 25 mars 1957, il est entré en vigueur le 1er janvier 1958. Le Traité instituant la Communauté européenne de l'énergie atomique (Euratom) a été signé le 25 mars 1957 et est entré en vigueur le 1er janvier 1958. (Source : Traité de Rome.fr)

⁸⁸⁸ Le traité de Rome prévoit qu'en l'espèce, les Etats sont souverains. A ce jour cette question est fortement marquée empreinte du principe de subsidiarité, principe selon lequel la Communauté ne doit agir que lorsqu'un objectif peut être mieux traité au niveau communautaire qu'au niveau des Etats membres. Evoqué de manière implicite dans les traités de Rome (CECA, 1957), il figure de manière marginale en 1986 dans l'Acte unique européen. Cette notion va prendre toute son importance avec le traité instituant la Communauté européenne (Maastricht, 1992) dont l'article 5 dispose que « *La Communauté agit dans les limites des compétences qui lui sont conférées et des objectifs qui lui sont assignés par le présent traité. Dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, la Communauté n'intervient, conformément au principe de subsidiarité, que si et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les Etats membres et peuvent donc, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, être mieux réalisés au niveau communautaire. L'action de la Communauté n'excède pas ce qui est nécessaire pour atteindre les objectifs du présent traité.* ». Le principe de subsidiarité est un principe régulateur de l'exercice des compétences et non un principe d'attributions des compétences.

se firent jour tant le monde de la santé européen cachait une grande diversité (spécialités, professions reconnues ou non par certains États membres, réglementées⁸⁸⁹ ici et pas ailleurs....)⁸⁹⁰. S'agissant de professions réglementées, cette libre circulation va être organisée en instituant des exigences minimales de formation afin de permettre une reconnaissance mutuelle des diplômes entre les différents États partenaires de l'Union européenne (ex CEE), de l'Espace économique européen et de la Suisse. Pour cela, deux conditions cumulatives sont exigées aux ressortissants de ces États : être de nationalité d'un des États membres et titulaires d'un diplôme, titre ou certificat acquis dans cet Etat.

Comme nous l'indique le diagramme⁸⁹¹ ci-dessous, en matière de mobilité géographique au sein de l'Union Européenne, parmi les professionnels de santé, les physiothérapeutes (dénomination internationale - masseurs-kinésithérapeutes en France) arrivent en 4^e position avec 19 887 professionnels recensés, loin derrière les médecins (62 472) qui arrivent en tête de ce classement et les infirmières qui sont secondes (59 144)⁸⁹² devant les enseignants du second degré « sur la troisième marche du podium » (57 190). En cinquième position on trouve les aides-soignantes (14 370) puis les chirurgiens-dentistes (8^e, 11 647), les pharmaciens (11^e, 7 050), les ergothérapeutes (19^e, 2 702), les orthophonistes (22^e, 2 278), les masseurs, masseurs médicaux, masseurs thermaux (27^e, 1 583), les diététiciens (37^e, 1 172), les psychomotriciens (46^e, 908), les pédicures-podologues (58^e, 655).

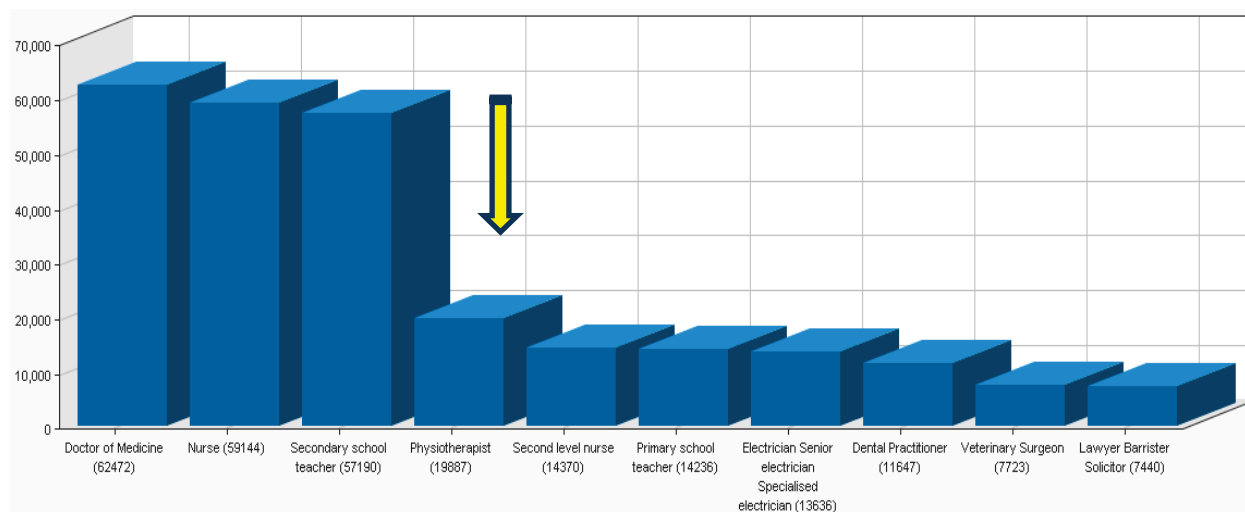
⁸⁸⁹ L'article 3.1 a de la directive 2005/36 définit ce qu'est une profession réglementée. Il s'agit d'« une activité ou un ensemble d'activités professionnelles dont l'accès, l'exercice ou une des modalités d'exercice est subordonné directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives, à la possession de qualifications professionnelles déterminées; l'utilisation d'un titre professionnel limitée par des dispositions législatives, réglementaires ou administratives aux détenteurs d'une qualification professionnelle donnée constitue notamment une modalité d'exercice.»

⁸⁹⁰ BERTRAND Christine, *La libre circulation des personnels soignants*, revue générale de droit médical, n°44, septembre 2012

⁸⁹¹ GELLEN Claudia, « La mobilité professionnelle en Europe : Directive 2005/36/CE », Département reconnaissance des diplômes, Centre ENIC-NARIC, France, Centre international d'études pédagogiques (CIEP), décembre 2014

⁸⁹² Cette grande différence peut s'expliquer par la différence du système de reconnaissance des diplômes de ces deux professions qui est différents puisqu'ils bénéficient d'une reconnaissance automatique. Pour les médecins : Directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005/36/UE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles Pour les infirmiers : Directive n° 77/452/CEE du Conseil des Communautés européennes du 27 juin 1977 modifiée visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres d'infirmier responsable des soins généraux et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de la libre prestation de services et Directive n° 77/453/CEE du Conseil des Communautés européennes du 27 juin 1977 modifiée visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités de l'infirmier responsable de soins généraux

Les ostéopathes et autres chiropracteurs⁸⁹³ ne semblent pas manifester un grand intérêt pour la mobilité car ils n'apparaissent pas en tant que tels dans ce classement.



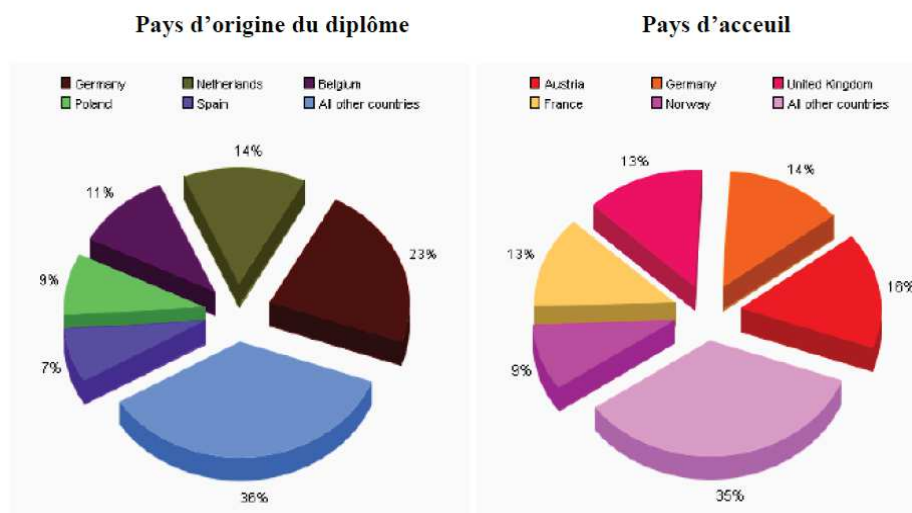
Les masseurs-kinésithérapeutes français s'inquiètent du nombre de physiothérapeutes étrangers qui viennent exercer en France, il est vrai que parmi les professions de santé ne bénéficiant pas d'une reconnaissance automatique de ses qualifications, nous pouvons remarquer que les physiothérapeutes sont les plus nombreux à user de la liberté d'installation au sein des États membres de l'Union Européenne. Cependant, en l'espèce la France n'est pas la destination privilégiée des candidats à la mobilité professionnelle.

Parmi les pays d'accueil les plus choisis, le Royaume-Uni arrive en tête (16 %) devant l'Allemagne (14 %) puis l'Autriche à égalité avec la France (13 %) et enfin la Norvège (9 %). Les 35 % restant se répartissent sur l'ensemble des 22 autres États membres de l'Union européenne.

Au niveau national, pour ce qui est du pays d'origine du diplôme, il est intéressant de constater que, contrairement à ce qui est le plus souvent avancé ce n'est pas la Belgique qui en délivre le plus mais l'Allemagne (23 %). Ensuite par ordre décroissant on trouve les Pays Bas (14 %), la Belgique (11 %), la Pologne (9 %) et l'Espagne (7 %). Comme précédemment plus d'un tiers des diplômes (36 %) sont délivrés par les 22 États membres restants (cf. infra).

⁸⁹³ On peut supposer que dans ce groupe sont regroupés les chiropracteurs et les ostéopathes, à moins que ces derniers aient été classés dans le groupe « Autres professions de santé » (43^{ème}, 1051)

Liberté d'établissement: mobilité géographique



B. Un préalable incontournable : la reconnaissance mutuelle des diplômes et des qualifications

La reconnaissance mutuelle des diplômes et des qualifications constitue le préalable incontournable à la liberté de circulation et d'établissement au sein de la Communauté européenne. Le traité instituant la CEE, dans sa deuxième partie, titre trois, intitulée « Fondements de la communauté », traite de la libre circulation des personnes, des services et des capitaux. Au chapitre II, intitulé « Le droit d'établissement », l'article 52 dispose que *« Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la liberté d'établissement des ressortissants d'un État membre dans le territoire d'un autre État membre sont progressivement supprimées au cours de la période de transition. [...] La liberté d'établissement comporte l'accès aux activités non salariées et leur exercice [...] »*. L'article 56-1 du texte prévoit des exceptions pour des raisons d'ordre public, de sécurité publique et de santé publique *« [...] Les prescriptions du présent chapitre et les mesures prises en vertu de celles-ci ne préjugent pas l'applicabilité des dispositions législatives, réglementaires et administratives prévoyant un régime spécial pour les ressortissants étrangers, et justifiées par des raisons d'ordre public, de sécurité publique et de santé publique [...] »*.

Pour faciliter l'accès aux professions non salariées et leur exercice, le Conseil, sur proposition de la Commission et après consultation de l'Assemblée arrêtera des directives visant à la

reconnaissance mutuelle ses diplômes, certificats et autres titres⁸⁹⁴. Cette disposition vise particulièrement les diplômes délivrés par les universités ou autres établissements d'enseignement supérieur. Au 2. du même article, il est énoncé que, selon une procédure très stricte avant la fin de la période de transition, le Conseil fixera les directives visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres concernant l'accès aux activités non salariées et l'exercice de celles-ci. L'unanimité est obligatoirement requise pour « *les matières qui, dans un État membre au moins, relèvent de dispositions législatives et pour les mesures qui touchent [...] aux conditions d'exercice, dans les différents États membres, des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques* ». In fine, pour les professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques, la libération progressive des restrictions sera subordonnée à la coordination de leurs conditions d'exercice dans les différents États membre.

Les États membres de la Communauté économique européenne⁸⁹⁵ et plus tard ceux parties à l'accord sur l'Espace économique européen⁸⁹⁶ adhéreront aux nombreuses conventions multilatérales du Conseil de l'Europe concernant l'accès aux établissements universitaires⁸⁹⁷, l'équivalence des périodes d'études⁸⁹⁸, la reconnaissance académique des qualifications

⁸⁹⁴ Dans la version consolidée, actuellement en vigueur du traité instituant la communauté européenne, l'article 57 a été repris par l'article 47 (Troisième partie : Les politiques de la Communauté, Titre III : La libre circulation des personnes, des services et des capitaux ; Chapitre 2 : Le droit d'établissement). Le traité originel a été modifié à plusieurs reprises par les différents traités signés et entrés en vigueur au fil du temps (Acte unique européen – 1986, entré en vigueur le 1er juillet 1987, Traités de Maastricht – 1992, / 1er novembre 1993, d'Amsterdam – 1997 / 1er mai 1999, Nice – 2001 / 1er février 2003, Lisbonne – 2007 / 1er décembre 2009. Le Traité de Maastricht instituant l'Union européenne en changeant la dénomination de la Communauté économique européenne en Communauté européenne a entraîné ipso facto celle du traité en : « Traité instituant la Communauté européenne ». Le traité de Lisbonne a modifié moult de ses dispositions et l'a renommé « Traité sur le fonctionnement de l'Union ». Le traité de Lisbonne du 13 décembre 2007, entré en vigueur le 1er décembre 2009, modifie de nombreuses dispositions du traité CE et le renomme en « traité sur le fonctionnement de l'Union ».

⁸⁹⁵ États membres de la Communauté économique européenne en 1957 : Allemagne, Belgique, France, Italie, Luxembourg, Pays-Bas

⁸⁹⁶ Traité sur l'Espace Economique Européen (EEE) signé le 2 mai 1992 entre l'Europe des douze ((Allemagne, Belgique, France, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Danemark, Irlande, Royaume-Uni, Grèce, Espagne, Portugal)) et les membres de l'EEE (Autriche, Finlande, Islande, Liechtenstein, Norvège, Suède et Suisse)

⁸⁹⁷ Convention européenne relative à l'équivalence des diplômes donnant accès aux établissements universitaires, Paris, 11 décembre 1953

⁸⁹⁸ Convention européenne sur l'équivalence des périodes d'études universitaires, Paris, 15 décembre 1956

universitaires⁸⁹⁹ ainsi qu'à la convention sur la reconnaissance des études et des diplômes relatifs à l'enseignement supérieur dans les États de la région Europe⁹⁰⁰ (21 décembre 1979).

Pour les professions de santé, un premier système de reconnaissance va voir le jour en 1975 avec la directive 75/362/CEE du Conseil, du 16 juin 1975⁹⁰¹, visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services et la directive 75/363/CEE du Conseil, du 16 juin 1975, visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités du médecin⁹⁰². En 1977, deux directives⁹⁰³ vont être promulguées visant la reconnaissance mutuelle des diplômes d'infirmier.

En 1984, le Conseil européen, réuni à Fontainebleau, se faisant le porte-parole de l'Europe des citoyens, estime « *[qu'] il est indispensable que la Communauté réponde à l'attente des peuples européens en adoptant les mesures propres à renforcer et à promouvoir son identité et son image auprès de ses citoyens [...] demande au Conseil et aux pays membres de mettre très rapidement à l'étude les mesures qui pourraient permettre de parvenir dans un délai rapproché, et en tout cas avant la fin du premier semestre 1985 [...] à un système général d'équivalence des diplômes universitaires de manière à rendre effectif le droit de libre établissement au sein de la Communauté*⁹⁰⁴ ». Cette déclaration pose les prémices de la mise en place d'une reconnaissance générale des diplômes en dehors de toute harmonisation préalable sur la formation ou les exercices professionnels spécifiques. Elle a le mérite de

⁸⁹⁹ Convention européenne sur la reconnaissance académique des qualifications universitaires, Paris 14 décembre 1959

⁹⁰⁰ Convention sur la reconnaissance des études et des diplômes relatifs à l'enseignement supérieur dans les États de la région Europe, Paris, 21 décembre 1979

⁹⁰¹ Directive 75/362/CEE du Conseil, du 16 juin 1975, visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services, Journal officiel n° L 167 du 30 juin 1975 p. 0001 - 0013

⁹⁰² Directive 75/363/CEE du Conseil, du 16 juin 1975, visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités du médecin, Journal officiel CEE, n° L 167, p.14-16

⁹⁰³ Directive 77/452/CEE du Conseil, du 27 juin 1977, visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres d'infirmier responsable des soins généraux et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services, JO CE n° L 176 du 15 juillet 1977 p. 1-7 ; Directive 77/453/CEE du Conseil, du 27 juin 1977, visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités de l'infirmier responsable des soins généraux, JO CE n° L 176 du 15 juillet 1977 p.8-10

⁹⁰⁴ L'Europe des citoyens, rapport du comité ad hoc, Bulletin des Communautés européennes, supplément 7/85, Commission de la communauté européenne, 1985

définir le cadre général de la reconnaissance des diplômes mais sa portée sera réduite car ce n'est qu'une simple (mais solennelle) déclaration d'intention.

Dans le courant de l'année 1985⁹⁰⁵, la Commission européenne transmettra au Conseil une première proposition de directive qui ne sera adoptée que le 21 décembre 1988⁹⁰⁶ et transposée en droit interne par la France dans le courant du deuxième semestre 1991.

C. L'ingérence du droit communautaire au sein de la profession de masseur kinésithérapeute

La transposition en droit interne de la directive 89/48/CEE⁹⁰⁷ va rendre nécessaire la réécriture de différentes dispositions légales et réglementaires relatives à certaines professions paramédicales. Le décret n° 91-1009 du 2 octobre 1991 pris en application de l'article L.510-9-1 CSP⁹⁰⁸ autorise les ressortissants d'un Etat membre des Communautés européennes ou

⁹⁰⁵ Proposition de directive du Conseil relative à un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur, II Actes préparatoires, Commission, Journal Officiel des Communautés européennes, 85/C 217/04, C 217, 28ème année, 28 août 1985, p.3 ; Proposition modifiée de directive du Conseil relative à un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur qui sanctionnent des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans, 86/C 143/04, C143, 29ème année, 10 juin 1986, p.7

⁹⁰⁶ Directive 89/48/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 relative à un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur qui sanctionnent des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans, JO CE, L19, 32ème année, 24 janvier 1989, p.16

⁹⁰⁷ Décret n°91-1009 du 2 octobre 1991 pris pour l'application de l'article L510-9-1 du code de la santé publique et relatif à l'exercice des professions de masseurs-kinésithérapeutes, d'orthophonistes et d'orthoptistes, JORF du 4 octobre 1991, p. 12953

⁹⁰⁸ Article L.510-9-1 CSP ancien, version en vigueur du 20 janvier 1991 au 1er janvier 1994 (créé par la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales au 1^{er} janvier 1994, JORF du 20 janvier 1991, p. 1048) : « *Peuvent exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, d'orthophoniste ou d'orthoptiste, sans posséder les diplômes, certificats, titres ou autorisations exigés respectivement par les articles L. 487 et L. 491, L. 504-2 et L. 504-4 les ressortissants d'un Etat membre des Communautés européennes ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui ont suivi avec succès une formation théorique et pratique post-secondaire d'une durée minimale de trois ans ou d'une durée équivalente à temps partiel, dans une université ou un établissement d'enseignement supérieur ou dans un autre établissement du même niveau de formation d'un Etat membre et qui justifient: 1°) De diplômes, certificats ou autres titres permettant l'exercice de la profession dans l'Etat membre ou autre Etat partie d'origine ou de provenance délivrés: a) soit par l'autorité compétente de cet Etat et sanctionnant une formation acquise de façon prépondérante dans la Communauté ou l'Espace économique européen, b) soit par un pays tiers, à condition que soit fournie une attestation émanant de l'autorité compétente de l'Etat membre ou autre Etat partie qui a reconnu les diplômes, certificats ou autres titres certifiant que le titulaire de ces diplômes, certificats ou titres a une expérience professionnelle dans cet Etat de trois ans au moins; 2°) Ou de l'exercice à plein temps de la profession pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes dans un Etat membre ou autre Etat partie d'origine ou de provenance qui ne réglemente pas l'accès ou l'exercice de cette profession à condition que cet exercice soit attesté par l'autorité compétente de cet Etat membre. Lorsque la formation de l'intéressé porte sur des matières substantiellement différentes de celles qui figurent au programme des diplômes et certificats respectivement mentionnés par les articles L. 487 L. 504-2 et L. 504-4 ou lorsqu'une ou plusieurs des activités professionnelles dont l'exercice est subordonné auxdits diplômes et certificats ne sont pas réglementés de manière différente, le ministre chargé de la santé peut exiger que l'intéressé choisisse soit de se soumettre à une épreuve d'aptitude, soit d'accomplir un stage d'adaptation dont la durée ne peut excéder trois ans. Un décret en Conseil d'Etat détermine les mesures nécessaires à l'application du présent article*». Modifié par la loi n° 93-1420 du 31 décembre 1993 portant modification de diverses dispositions pour la mise en oeuvre de l'accord sur

d'un autre Etat partie à l'ALE ayant validé une formation théorique et pratique post-secondaire d'une durée minimale de trois ans ou d'une durée équivalente à temps partiel, dans une université ou un établissement d'enseignement supérieur ou dans un autre établissement du même niveau de formation d'un Etat membre de masseur-kinésithérapeute, sans posséder les diplômes, certificats, titres ou autorisations exigés par les dispositions du CSP à pratiquer la professions de masseur-kinésithérapeute sous certaines conditions de reconnaissance de leurs « [...] diplômes, certificats ou autres titres permettant l'exercice de la profession dans l'Etat membre ou autre Etat [...] ».

Les dispositions réglementaires citées par ce texte applicables aux masseurs-kinésithérapeutes sont les articles L.487⁹⁰⁹ CSP et L.491⁹¹⁰ du même code dans leurs rédactions en vigueur au 2 octobre 1991. Étant rappelé qu'en matière d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, l'article L.487 CSP énonce le principe qui pose l'obligation d'être titulaire du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute pour pouvoir exercer. L'article L.491 CSP alinéa 1^{er} énonce les exceptions à ce principe⁹¹¹.

l'Espace économique européen et du traité sur l'Union européenne, JORF du 1^{er} janvier 1994, p. 18 (articles 1 & 2, en vigueur jusqu'au 22 juin 2000) , abrogé par l'Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique, JORF du 22 juin 2000, p. 9340 (article 4-1)

⁹⁰⁹ Article L.487 CSP ancien « Réserve faite des dérogations prévues à l'article L. 491, nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale, s'il n'est muni du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute institué par l'article L. 488 du présent titre. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale. La définition du massage et de la gymnastique médicale est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine »

⁹¹⁰ Article L.491 CSP ancien : « Les personnes qui ont fait la preuve qu'elles exerçaient le massage médical ou la gymnastique médicale depuis trois années au 1^{er} mai 1946 et qui ont reçu une autorisation peuvent continuer définitivement leur activité suivant les modalités fixées pour chacune d'elles par l'arrêté du ministre de la Santé publique et de la Population. Mention de leur autorisation est portée sur un registre spécial déposé à la préfecture. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du conseil supérieur du thermalisme et de la commission compétente du conseil supérieur des professions paramédicales, détermine les actes de massage et de gymnastique médicale que sont autorisées à pratiquer, au sein de l'établissement thermal national d'Aix-les-Bains, les personnes titulaires de l'examen de fin d'études ou du diplôme délivré par l'école des techniques thermales d'Aix-les-Bains et obtenus avant le 31 décembre 1982. La réorganisation des structures de l'établissement thermal national d'Aix-les-Bains tiendra compte des droits acquis et des perspectives de carrière des anciens élèves de l'école des techniques thermales ayant achevé leurs études avant le 31 décembre 1982. La réorganisation des structures de l'établissement thermal national d'Aix-les-Bains tiendra compte des droits acquis et des perspectives de carrière des anciens élèves de l'école des techniques thermales ayant achevé leurs études avant le 31 décembre 1982. Peuvent en outre obtenir l'autorisation d'exercer le massage médical ou la gymnastique médicale ou l'une ou l'autre de ces activités, les personnes qui justifieront de l'exercice de leur profession dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion pendant trois années au moins avant la publication de la loi n° 65-497 du 29 juin 1965. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale. La définition du massage et de la gymnastique médicale est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine. »

⁹¹¹ Loi n°65-497 du 29 juin 1965 portant extension aux départements d'outre-mer des dispositions relatives à l'exercice des professions de masseur-kinésithérapeute, de pédicure et d'opticien-lunetier, JORF du 30 juin 1965, p. 5439

α. La finalité de la directive 88/48 CEE du 21 décembre 1988

La finalité de la directive 88/48 CEE du 21 décembre 1988⁹¹² est de permettre, sans harmonisation préalable des formations, la reconnaissance des diplômes professionnels de niveau supérieur acquis dans un autre État membre par un ressortissant communautaire, par un État membre qui réglemente une profession et qui accueille ce ressortissant.

Elle institue un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur sanctionnant des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans. L'article 1^{er}-a définit ce qu'est un diplôme « [...] tout diplôme, certificat ou autre titre ou tout ensemble de tels diplômes, certificats ou autres titres qui a été délivré par une autorité compétente dans un État membre, désignée conformément aux dispositions législatives, réglementaires ou administratives de cet État, dont il résulte que le titulaire a suivi avec succès un cycle d'études post-secondaire d'une durée minimale de trois ans, ou d'une durée équivalente à temps partiel, dans une université ou un établissement d'enseignement supérieur ou dans un autre établissement du même niveau de formation et, le cas échéant, qu'il a suivi avec succès la formation professionnelle requise en plus du cycle d'études postsecondaires dont il résulte que le titulaire possède les qualifications professionnelles requises pour accéder à une profession réglementée dans cet État membre ou l'exercer [...] ». Précision importante et même déterminante, la formation doit avoir été principalement acquise au sein d'un Etat membre de la Communauté « [...] dès lors que la formation sanctionnée par ce diplôme, certificat ou autre titre a été acquise dans une mesure prépondérante dans la Communauté [...] ». Un des apports, de la directive est la reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle « [...] ou dès lors que son titulaire a une expérience professionnelle de trois ans certifiée par l'État membre qui a reconnu un diplôme, certificat ou autre titre délivré dans un pays tiers[...] »⁹¹³

Un État membre ayant réglementé une profession devra reconnaître les qualifications acquises dans un autre État membre et permettre à l'impétrant d'exercer son activité sur le territoire dudit État membre et dans les mêmes conditions que les nationaux. Le principe est qu'il y ait une identité entre l'activité professionnelle pour laquelle le migrant a été formé dans son pays

⁹¹² Directive 89/48/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 relative à un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur qui sanctionnent des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans, 31989L0048, Journal officiel n° L 019 du 24/01/1989 p. 0016 - 0023

⁹¹³ La directive 89/48/CEE présente l'intérêt de définir les notions essentielles de diplôme, État membre d'accueil, profession réglementée, activité professionnelle réglementée, expérience professionnelle, stage d'adaptation et épreuve d'aptitude.

d'origine et celle qu'il souhaite exercer dans l'État membre où il souhaite exercer. Le fondement de la reconnaissance de la formation est le constat d'une compatibilité entre la formation d'origine et celle dispensée dans le pays d'accueil.

La directive s'applique à l'ensemble des professions pour lesquelles une formation de niveau supérieur est requise et qui n'ont pas fait l'objet de directives spécifiques de reconnaissance comme c'est le cas pour les professions médicales. Les diplômes détenus par des ressortissants communautaires et acquis dans un pays tiers sont également couverts par la directive à la double condition que la formation sanctionnée ait été acquise de manière prépondérante dans la Communauté et que le titulaire possède une expérience professionnelle certifiée de trois ans dans l'État membre qui a reconnu ses diplômes. Le mécanisme de reconnaissance de la directive est simple. Le principe est la reconnaissance de droit par l'État membre d'accueil et l'exception, la reconnaissance par l'État membre d'accueil après compensation sous la forme soit de stage d'adaptation ou d'une épreuve d'aptitude (au choix du demandeur), lorsqu'il est constaté des différences substantielles entre la formation requise et la formation acquise ou encore de la prise en compte d'une expérience professionnelle préalable, lorsque la formation du migrant est d'une durée inférieure à celle exigée dans l'État membre d'accueil. Cette directive sera abrogée et remplacée par la directive 2005-1936/CE le 20 octobre 2007.

β. La nécessaire obtention d'une autorisation d'exercice

Le décret précité impose aux ressortissants d'un Etat membre communautaire qui souhaitent exercer en France d'obtenir une autorisation d'exercice. Les modalités de demande d'autorisation d'exercice seront fixées par les commissions compétentes du CSPP et par un arrêté du ministre chargé de la santé pour la profession de masseur-kinésithérapeute⁹¹⁴. L'autorisation d'exercice sera délivrée lorsque seront réunies les conditions définies à l'alinéa 1^{er} de l'article L.510-9-1 CSP. S'il est constaté, comme en dispose l'alinéa 2^e que « *la formation de l'intéressé porte sur des matières substantiellement différentes de celles qui figurent au programme des diplômes et certificats respectivement mentionnés par les articles L.487, L.491, L. 504-2 et L. 504-4 ou lorsqu'une ou plusieurs des activités professionnelles dont l'exercice est subordonné auxdits diplômes et certificats ne sont pas réglementés de manière différente [...]* la vérification de la capacité du demandeur à l'exercice de la

⁹¹⁴ Pour les professions d'orthophoniste et d'orthoptiste, dans la mesure où ces deux professions sont sous la double tutelle du ministre de la santé et de celui de l'enseignement supérieur deux décrets sont nécessaires.

profession en France sera effectuée, au choix de l'impétrant, par le biais d'une épreuve d'aptitude ou à l'issue d'un stage d'adaptation.

L'épreuve d'aptitude consistera en un contrôle des connaissances pour chaque matière qui ne lui a pas été enseignée initialement. Elle correspond à la mise en situation professionnelle exigée de nos étudiants lors du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, à ceci près qu'en l'espèce il peut être exigé une épreuve écrite.

Le stage d'adaptation, dont la durée ne peut excéder trois ans, devra être effectué sur un ou plusieurs terrains de stage (dans un établissement public ou privé) agréés par la DRASS. Le stagiaire sera placé sous la responsabilité pédagogique d'un professionnel qualifié exerçant depuis au moins trois ans. Ce stage qui peut comprendre une formation complémentaire théorique sera validé par le responsable de la structure d'accueil sur proposition du professionnel qualifié ayant évalué le stagiaire. Les DRASS étaient chargées de l'organisation de ces épreuves. Celle qui avait organisé l'épreuve devait, en cas de réussite, en informer le ministre chargé de la santé qui délivrait l'autorisation d'exercice⁹¹⁵.

La directive prend en compte trois niveaux de formation⁹¹⁶. Elle constitue un deuxième système de reconnaissance général de formation professionnelle. Elle sera applicable aux masseurs-kinésithérapeutes, ce qui ne sera pas sans entraîner quelques problèmes avec nos voisins allemands et luxembourgeois qui proposaient une offre de formation professionnelle d'« artisans de la santé » d'une durée de trois à cinq ans, accessible à l'issue d'un enseignement secondaire non sanctionné par un diplôme de fin de deuxième cycle comme peut l'être le baccalauréat en France. Un élargissement du niveau II permettra de résoudre le dilemme pour éviter que cette formation ne soit classée « niveau I » ce qui aurait empêché le titulaire d'exercer dans les autres États membres une profession nécessitant un niveau III. Sous condition, les physiothérapeutes allemands seront classés « niveau II » en incluant la durée de la formation en alternance (qui est la règle dans ce pays) acquise au sein d'une entreprise. Cependant, un problème subsistera avec nos voisins allemands car si les physiothérapeutes ont un cursus de formation de trois années il en va différemment pour les

⁹¹⁵ Arrêté du 2 octobre 1991, relatif à la composition du dossier et aux modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation prévues, pour les masseurs-kinésithérapeutes, par le décret n°91-1009 du 2 octobre 1991 pris pour l'application de l'article L510-9-1 du code de la santé publique et relatif à l'exercice des professions de masseurs-kinésithérapeutes, d'orthophonistes et d'orthoptistes, JORF du 4 octobre 1991, p. 12963

⁹¹⁶ Le niveau I correspond à une formation acquise dans le cadre d'un enseignement secondaire, le niveau II à un cycle d'études post-études secondaires dit « court » i.e inférieur à trois ans après le baccalauréat et le niveau III à une formation post-secondaire dit « longue » supérieure à trois ans.

« Heilpraktiker⁹¹⁷ » qui sont des agents médicaux en hydrothérapie et massothérapie (que l'on peut assimiler aux masseurs thermaux ou techniciens en physiothérapie des thermes d'Aix les Bains) qui bénéficient d'une formation de trois ans mais qui ne donne pas droit à un diplôme de l'enseignement supérieur⁹¹⁸.

Malgré la directive 89/48/CEE, la reconnaissance des qualifications professionnelles était l'objet de mesures disparates, donnant lieu à de nombreuses dispositions parallèles, formant un système complexe et inadapté à la « réalité du terrain ».

δ. Les difficultés d'adaptation de la directive 89/48/CEE à la profession de masseur-kinésithérapeute

Les dispositions de la directive 89/88/CEE étaient mal adaptées à la profession de masseur-kinésithérapeute cette profession ne relevant pas des directives de 1977 spécifiques aux infirmiers ni à celles antérieures relatives aux professions médicales. Jusqu'en 1992, à titre exceptionnel, les pouvoirs publics français interprétant ladite directive acceptaient l'arrivée sur le territoire national, de citoyens européens titulaire de diplômes de physiothérapeute délivrés à l'issue d'une formation dont le nombre d'années d'études était jugé équivalent à ce qui était exigé dans l'Hexagone.

Pour remédier à ces lacunes, la directive précitée va être complétée par la directive 92/51/CEE⁹¹⁹ du 18 juin 1992, relative à un deuxième système général de reconnaissance des formations professionnelles qui va prendre en compte les professions ne faisant pas l'objet d'une directive spécifique de reconnaissance et dont le principal objectif est d'étendre le système de reconnaissance mutuelle institué par la précédente directive aux professions dont les exigences de formation sont d'un niveau moins élevé. Elle définit également pour chacune d'elles ce qu'il convient d'entendre par « diplôme ». Elle sera modifiée à plusieurs reprises⁹²⁰.

⁹¹⁷ Heilpraktiker est souvent traduit en français par « praticien de santé ». Naturopathe, praticien dans le domaine de la médecine parallèle serait une traduction plus juste. Source : Dictionnaire Larousse Allemand-Français (<http://www.larousse.fr/dictionnaires/allemand-francais/>)

⁹¹⁸ AUDEBRAND Jean-Michel, « Situations actuelles et perspectives de la kinésithérapie en Europe vues de France », Thèse pour le doctorat de médecine, Université d'Angers, Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers, 92/ANGE/1015, 1992, p.3

⁹¹⁹ Directive 92/51/CEE du Conseil du 18 juin 1992, relative à un deuxième système général de reconnaissance des formations professionnelles, qui complète la directive 89/48/CEE, JO CEE n° L 209, 24 juillet 1992 p. 25-45

⁹²⁰ Directives 94/38/CE, 95/43/CE, 97/38/CE et 2000/5/CE

À la différence des directives spécifiques visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecins, infirmiers, dentistes, sages-femmes et pharmaciens mais dans le prolongement de la directive 89/48 du 21 décembre 1988⁹²¹, la directive 92/51 du 18 juin 1992, qui pouvait concerner les autres professions de santé, prévoyait dans certaines conditions la reconnaissance des titres acquis dans un Etat tiers alors même que l'harmonisation des législations relatives à la formation n'existe pas avec les États tiers. On peut s'interroger sur la différence d'exigence en matière de reconnaissance des diplômes entre les professions médicales auxquelles est associée la profession d'infirmier et les autres professions de santé. Pour les professions de médecins, pharmaciens, dentistes et infirmiers ressortissants communautaires concernées par les directives précitées, la reconnaissance mutuelle des diplômes ne s'applique qu'aux seuls diplômes acquis dans un Etat membre de la Communauté. En l'espèce, l'arrêt de la CJCE du 25 juillet 1991⁹²² revêt un grand intérêt dans la mesure où le juge communautaire rappelle les droits dont bénéficient les professionnels de santé lorsque aucune directive n'établit de reconnaissance mutuelle des diplômes, ce qui est le cas des professions paramédicales (à l'exception des infirmiers) puisque seuls les diplômes acquis à la suite de trois années d'études bénéficient d'une reconnaissance mutuelle.

En l'espèce, pour pouvoir prétendre à la liberté d'établissement, le citoyen communautaire devait obligatoirement remplir les mêmes conditions de diplômes que celles définies par l'État membre qu'il a choisi pour exercer sa profession c'est-à-dire qu'il devait être titulaire du diplôme d'Etat obtenu à l'issue des études qu'il aura dû accomplir dans cet Etat-membre.

Cette obligation ne facilitant pas la mobilité prônée par les instances communautaires et la liberté d'établissement, la jurisprudence de la CJCE va atténuer la sévérité de ce principe en jugeant que « [...] *l'appréciation de l'équivalence du diplôme obtenu dans un autre Etat membre doit se faire exclusivement en considération du degré des connaissances et qualifications que ce diplôme, compte tenu de la nature et de la durée des études et des formations pratique dont il atteste l'accomplissement, permet de présumer dans le chef du titulaire* ». L'État « accueillant » doit proscrire toute discrimination fondée sur la nationalité du demandeur et a l'obligation de prendre en compte toutes les qualifications que ce dernier a pu acquérir dans un autre Etat-membre et de les valider si elles correspondent à celles qui sont

⁹²¹ Directive 79/48/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 relative à un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur qui sanctionnent des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans, JO CE, L 19 du 24 janvier 1989, p. 16-23

⁹²² CJCE, 25 juillet 1991, Commission des Communautés européennes contre République italienne, C-58/90, Recueil de jurisprudence 1991, p. I-04193

imposées par sa propre législation⁹²³. La reconnaissance par un Etat-membre, selon des critères qui lui sont propres, d'un diplôme acquis par un ressortissant communautaire dans un Etat-tiers (hors communauté européenne) ne pourra pas être opposée aux autres Etats-membres comme en avait jugé le Conseil d'Etat⁹²⁴ en phase avec la jurisprudence communautaire⁹²⁵ alors que pour les autres professions de santé, il était laissé à l'appréciation de chaque Etat-membre de reconnaître au cas par cas les diplômes présentés par les candidats à la mobilité européenne.

La directive 94/38/CE⁹²⁶ va notamment prendre en compte les particularités allemandes, italienne et luxembourgeoise dans le domaine paramédical et plus particulièrement kinésithérapique en considérant « [...] *qu'il faudrait notamment modifier la référence au titre professionnel de kinésithérapeute en Allemagne, à la suite d'une modification législative dans ce pays qui a instauré un nouveau titre professionnel, sans toutefois avoir modifié la structure de la formation professionnelle [...] que les cycles de formation ajoutés à l'annexe C en ce qui concerne l'Allemagne ont une structure identique à celle des cycles de formation figurant déjà pour cet Etat membre, l'Italie et le Luxembourg au point 1. Domaine paramédical et socio-pédagogique* » de ladite annexe [...] ».

Ces mesures ayant été l'objet de critiques unanimes que ce soit de la part des migrants que des professionnels, la directive 2001/19/CE⁹²⁷ va amorcer un début d'homogénéisation du système en modifiant les directives précédentes. L'objectif recherché était d'améliorer la reconnaissance de certaines qualifications professionnelles par la mise en place d'un système d'équivalence des diplômes et l'exercice de certaines professions (architectes, dentistes, infirmiers responsables de soins généraux, médecins, pharmaciens, sages-femmes,

⁹²³ DUBOUIS Louis, Professions auxiliaires de la santé. Incompatibilité avec le Traité CEE d'une loi réservant aux nationaux la possibilité d'obtenir la reconnaissance de titres obtenus dans les autres Etats de la Communauté, CJCE 25 juill. 1991, Commission c/ République italienne, C.58/90, RDSS, n°4, 16 décembre 1991, p.572

⁹²⁴ Conseil d'Etat, madame Cartiza, 4 / 1 SSR, du 25 février 1991, 106799, publié au recueil Lebon

⁹²⁵ DUBOUIS Louis, Communauté européenne. Diplôme sanctionnant une formation acquise dans un Etat tiers. Reconnaissance par l'un des Etats membres. Absence d'effets à l'égard des autres Etats membres, (CJCE 9 févr. 1994, Haim, C-319/92 ; Tawil-Albertini, C-154/93), RDSS n°3, 15 septembre 1994, p. 430

⁹²⁶ Directive 94/38/CE de la Commission du 26 juillet 1994 modifiant les annexes C et D de la directive 92/51 /CEE du Conseil relative à un deuxième système général de reconnaissance des formations professionnelles qui complète la directive 89/48/CEE, JO CE, L 217 du 23 août 1994, p. 8-17

⁹²⁷ Directive 2001/19/CE du Parlement européen et du Conseil du 14 mai 2001 modifiant les directives 89/48/CEE et 92/51/CEE du Conseil concernant le système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, et les directives 77/452/CEE, 77/453/CEE, 78/686/CEE, 78/687/CEE, 78/1026/CEE, 78/1027/CEE, 80/154/CEE, 80/155/CEE, 85/384/CEE, 85/432/CEE, 85/433/CEE et 93/16/CEE du Conseil concernant les professions d'infirmier responsable des soins généraux, de praticien de l'art dentaire, de vétérinaire, de sage-femme, d'architecte, de pharmacien et de médecin (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE.), Journal officiel n° L 206 du 31 juillet 2001, p. 1 - 51

vétérinaires) et d'étendre au système général initial le concept de formation réglementée. Par ailleurs elle simplifiait la procédure de coordination, précisait le délai dans lequel les décisions de reconnaissance des diplômes devaient être rendues par les Etats-membres. Entrée en vigueur le 31 juillet 2001, elle devait être transposée en droit interne avant le 1^{er} janvier 2003 ce qui ne fut pas le cas⁹²⁸.

Le Conseil européen désireux de poursuivre l'amélioration de cette reconnaissance et souhaitant mettre en place un régime simplifié plus homogène en la matière confia à la Commission européenne la mission d'élaborer un projet de directive permettant la mise en place d'un système de reconnaissance des qualifications qui soit plus uniforme, mieux intelligible et plus facilement applicable. Ces travaux trouvèrent leur aboutissement dans la directive 2005/36/CE.

2. Le régime de reconnaissance des qualifications professionnelles issue de la directive 2005/36/CE

La directive 2005/36/CE⁹²⁹ consolide dans un seul texte les trois directives relatives au système général de reconnaissance des qualifications professionnelles⁹³⁰ ainsi que douze précédentes directives sectorielles⁹³¹.

⁹²⁸ Ordonnance n° 2004-1174 du 4 novembre 2004 portant transposition pour certaines professions de la directive 2001/19/CE du Parlement européen et du Conseil du 14 mai 2001 concernant la reconnaissance des diplômes et de qualifications professionnelles, JORF du 05 novembre 2004, p. 18697

⁹²⁹ Directive 2005/36/CE, adoptée le 7 septembre 2005, JO UE, L255, 48ème année, 30 septembre 2005, p.22-142. Entrée en vigueur le 20 octobre 2007, cette directive a remplacé les directives 89/48/CEE, 92/51/CEE du Conseil, ainsi que la directive 1999/42/CE du Parlement européen et du Conseil, concernant le système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, et les directives 77/452/CEE, 77/453/CEE, 78/686/CEE, 78/687/CEE, 78/1026/CEE, 78/1027/CEE, 80/154/CEE, 80/155/CEE, 85/384/CEE, 85/432/CEE, 85/433/CEE et 93/16/CEE du Conseil, concernant les professions d'infirmier responsable des soins généraux, de praticien de l'art dentaire, de vétérinaire, de sage-femme, d'architecte, de pharmacien et de médecin. Modifiée à plusieurs reprises. Si la reconnaissance est facilitée, on ne trouve cependant pas une solution unique dans la pratique pour faire reconnaître des qualifications professionnelles au sein de l'Union européenne. Sources : Guide de l'utilisateur, Directive 2005/36/CE, Tout ce que vous voulez savoir sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, 66 questions – 66 réponses

⁹³⁰ Reconnaissance des diplômes, des certificats et titres de l'enseignement supérieur long, reconnaissance des diplômes, certificats et titres autres que ceux de l'enseignement supérieur long, mécanisme de reconnaissance des diplômes pour l'artisanat, le commerce et certains services).

⁹³¹ Ces douze directives couvraient spécifiquement les professions de médecin, d'infirmier (directive 77/452/CEE), de praticien de l'art dentaire (directive 78/686/CEE), de vétérinaire (directive 78/1026/CEE), de sage-femme (directive 80/154/CEE), d'architecte et de pharmacien (reconnaissance mutuelle des diplômes en pharmacie et qualifications en pharmacie).

A. La directive 2005/36/CE

Elle institue un régime de reconnaissance des qualifications professionnelles⁹³² qui va contribuer à améliorer la flexibilité des marchés du travail, amener à une libéralisation accrue de la prestation des services, encourager une plus grande automaticité dans la reconnaissance des qualifications et simplifier les procédures administratives. L'objectif est de faciliter la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles entre les États membres en fixant les règles selon lesquelles un Etat membre qui subordonne l'accès à une profession réglementée, ou son exercice, à la possession de qualifications professionnelles reconnaît, pour l'accès à cette profession ou son exercice, les qualifications professionnelles acquises dans un autre Etat.

Entrée en vigueur le 20 octobre 2005, elle devait être transposée en droit interne avant le 20 octobre 2007. Elle ne le fut qu'à la fin du mois de mai 2008⁹³³.

Réglementée par le décret n° 2009-957 du 29 juillet 2009⁹³⁴, elle institue pour les ressortissants communautaires, titulaires de qualifications professionnelles reconnues, désireux d'exercer au sein d'un des Etats-membres de l'Union européenne deux procédures d'exercice professionnel : la liberté d'établissement subordonnée à une autorisation d'exercice et la libre prestation de service.

⁹³² Europa, synthèse des législations, <http://europa.eu/legislation>

⁹³³ Ordonnance n° 2008-507 du 30 mai 2008 portant transposition de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JORF n°0126 du 31 mai 2008, p. 9009

⁹³⁴ Décret n° 2009-957 du 29 juillet 2009 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen pour l'exercice des professions de préparateur en pharmacie et préparateur en pharmacie hospitalière, d'auxiliaires médicaux et de conseiller en génétique, JORF du 2 août 2009, page 12916

α. Une liberté d'établissement subordonnée à une autorisation d'exercice

La liberté d'établissement, régie par les dispositions des articles L.4321-4⁹³⁵ et R.4321- 27 à 29 CSP, permet à un ressortissant européen de s'installer de manière stable et durable dans un autre Etat membre et d'y exercer la même profession pour laquelle il est qualifié dans son Etat d'origine une fois qu'il aura obtenu une autorisation d'exercice délivrée par le préfet de la région dans laquelle, il souhaite exercer sa profession.

β. La libre prestation de services, une possibilité d'exercice temporaire

La libre prestation de services (articles L. 4321-11⁹³⁶ et R.4321-30 CSP) est la possibilité, pour un ressortissant d'un Etat membre, d'effectuer des actes professionnels de manière

⁹³⁵ Article L4321-4 CSP : « L'autorité compétente peut, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, autoriser individuellement à exercer la profession de masseur-kinésithérapeute les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui ont suivi avec succès un cycle d'études postsecondaires et qui, sans posséder le diplôme prévu à l'article L. 4321-3, sont titulaires : 1° D'un titre de formation délivré par un Etat, membre ou partie, et requis par l'autorité compétente d'un Etat, membre ou partie, qui régit l'accès à cette profession ou son exercice, et permettant d'exercer légalement celle-ci dans cet Etat ; 2° Ou, lorsque les intéressés ont exercé dans un Etat, membre ou partie, qui ne régit pas l'accès à cette profession ou son exercice, d'un titre de formation délivré par un Etat, membre ou partie, attestant de la préparation à l'exercice de la profession, accompagné d'une attestation justifiant, dans cet Etat, de son exercice à temps plein pendant deux ans au cours des dix dernières années ou à temps partiel pendant une durée correspondante au cours de la même période. Cette condition n'est pas applicable lorsque la formation conduisant à cette profession est réglementée ; 3° Ou d'un titre de formation délivré par un Etat tiers et reconnu dans un Etat, membre ou partie, autre que la France, permettant d'y exercer légalement la profession. Dans ces cas, lorsque l'examen des qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation et de l'expérience professionnelle pertinente fait apparaître des différences substantielles au regard des qualifications requises pour l'accès à la profession et son exercice en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation qui consiste, au choix du demandeur, en une épreuve d'aptitude ou en un stage d'adaptation. La délivrance de l'autorisation d'exercice permet au bénéficiaire d'exercer la profession dans les mêmes conditions que les personnes titulaires du diplôme mentionné à l'article L. 4321-3. »

⁹³⁶ Article L.4321-11 CSP « Le masseur-kinésithérapeute, ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement les activités de masseur-kinésithérapeute dans un Etat, membre ou partie, peut exécuter en France des actes professionnels, de manière temporaire et occasionnelle, sans avoir à procéder aux formalités prévues à l'article L. 4321-10. Lorsque l'exercice ou la formation conduisant à la profession n'est pas réglementé dans l'Etat où il est établi, le prestataire de services doit justifier y avoir exercé pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes. L'exécution de ces actes est subordonnée à une déclaration préalable, qui est accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Le prestataire de services doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à la réalisation de la prestation et celles relatives aux systèmes de poids et mesures utilisés en France. Il est soumis aux conditions d'exercice de la profession, aux règles professionnelles applicables en France et à la juridiction disciplinaire compétente. Les qualifications professionnelles du prestataire sont vérifiées avant la première prestation de services. En cas de différence substantielle entre les qualifications du prestataire et la formation exigée en France, de nature à nuire à la santé publique, l'autorité compétente demande au prestataire d'apporter la preuve qu'il a acquis les connaissances et compétences manquantes, notamment au moyen de mesures de compensation. Le prestataire de services peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'Etat qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu. Dans le cas où le titre de formation de l'Etat d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire, le Conseil national de l'ordre peut décider que l'intéressé fera état du titre de formation de l'Etat d'origine, membre ou

temporaire et occasionnelle dans un autre Etat membre sans s'y établir. En l'espèce, lorsque la profession est dotée d'un Conseil de l'Ordre c'est aux instances ordinales nationales de délivrer cette autorisation.

Une distinction doit être faite entre les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace Économique européen et les ressortissants des États tiers.

δ. Un exercice professionnel conditionné par la nationalité du demandeur

Pour pouvoir exercer la profession de masseur-kinésithérapeute dans l'hexagone, les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace Économique européen ont deux possibilités.

a) Ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace Économique européen

La première possibilité, que nous nous contenterons de citer car rarissime, est que le candidat soit préalablement titulaire du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. Dans l'immense majorité des cas, n'étant pas MKDE⁹³⁷, les postulants pourront exercer la profession de masseur-kinésithérapeute sous l'un des deux régimes prévu par les dispositions du code de la santé publique issues de la transposition de la directive 2005/36/CE.

Au 1^{er} janvier 2014, les dispositions de cette directive s'appliquent aux ressortissants de 31 pays : les 28 États membres de l'Union européenne⁹³⁸, ainsi qu'aux trois États membres de l'Accord Économique Européen⁹³⁹. En ce qui concerne la Suisse, des règles spécifiques en matière de reconnaissance des qualifications professionnelles sont également en vigueur.

partie, dans une forme appropriée qu'il lui indique. La prestation de services est réalisée sous le titre professionnel de l'Etat d'établissement, de manière à éviter toute confusion avec le titre professionnel français. Toutefois, dans le cas où les qualifications ont été vérifiées, la prestation de services est réalisée sous le titre professionnel français. »

⁹³⁷ MKDE: Masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat.

⁹³⁸ Au 1er janvier 2014, l'Union européenne comptait 28 Etats membres, à savoir : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.

⁹³⁹ L'Espace économique européen (EEE) est composé des Etats membres de l'Union européenne, de l'Islande, du Liechtenstein et de la Norvège. La Suisse applique les règlements européens en matière de sécurité sociale depuis le 1er juin 2002.

b) Ressortissants des États tiers

Les ressortissants des États tiers⁹⁴⁰ pourront exercer la profession de masseur-kinésithérapeute sous réserve d'être titulaires du diplôme d'Etat français. Une dispense du concours d'entrée est accordée à ces candidats, dans la limite d'un nombre de places fixé par arrêté les ressortissants de pays non-membres de l'Union européenne, titulaires d'un diplôme de niveau équivalent au baccalauréat français et ce dans la limite de 3 % de l'effectif de l'effectif de l'IFMK⁹⁴¹. Les ressortissants d'un Etat non-membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen pourront être autorisés à exercer la profession de masseur-kinésithérapeute s'ils sont titulaires d'un titre de formation obtenu dans un Etat membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen (L.4381-4 CSP⁹⁴²).

Nous savons que le législateur français a souvent fait preuve d'une inertie coupable en matière de transposition des directives européennes. En l'espèce c'est une nouvelle fois le cas.

Le CSP impose que les bénéficiaires d'une liberté d'établissement possèdent une connaissance suffisante de la langue française et en apporte la preuve « [...] dans des conditions fixées par voie réglementaire [...] ». Dans l'attente et en absence d'un texte définissant ces conditions une récente circulaire du ministère de la Santé⁹⁴³ est venue préciser que les dispositions de l'article L.4381-4 CSP étaient d'application directe, sans qu'il soit

⁹⁴⁰ Expression désignant les pays qui ne font pas partie de l'Union européenne ni de l'Espace Economique Européen

⁹⁴¹ Arrêté du 6 août 2004 relatif aux dispenses susceptibles d'être accordées aux candidats titulaires d'un diplôme extracommunautaire de masseur-kinésithérapeute sollicitant l'exercice de la profession en France en vue de la préparation du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 12 septembre 2004 page 0

⁹⁴² Article L4381-4 CSP « Sans préjudice des engagements internationaux de la France en matière de coopération sanitaire, et notamment de ses engagements en faveur du développement solidaire, l'autorité compétente peut également, après avis d'une commission, autoriser individuellement les ressortissants d'un Etat non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen à exercer les professions citées au présent livre ainsi que celles mentionnées aux articles L. 4241-1 et L. 4241-13. Ils doivent être titulaires d'un titre de formation obtenu dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et leur expérience professionnelle doit être attestée par tout moyen. Le nombre maximum de demandeurs susceptibles d'être autorisés à exercer est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé. Les autorisations sont délivrées individuellement selon la procédure et les modalités prévues pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires. Les praticiens doivent faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ils sont soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice ainsi qu'aux règles professionnelles applicables en France. »

⁹⁴³ Circulaire DGOS/RH2/2013/165 du 18 avril 2013 relative aux procédures de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants d'un Etat hors Union européenne ou non partie à l'Association Européenne de Libre Echange titulaires d'un titre de formation délivré par un des Etats membres ou parties (professions paramédicales).

besoin de prendre des mesures réglementaires d'application, le ministère fondant sa décision sur le fait que « [...] *Dans l'attente de la modification des textes par un vecteur législatif approprié, la présente circulaire a pour objet d'expliquer les conditions de prise en compte de ces situations. En effet, selon une jurisprudence constante du Conseil d'Etat, lorsque l'application d'un dispositif législatif n'est pas manifestement impossible en l'absence de mesures d'application, celui-ci entre immédiatement en vigueur [...]* ». Encore un exemple d'illégalité itérative des autorités de tutelle en matière de gouvernement des professions paramédicales.

Les demandeurs, dont le nombre maximum de demandeurs susceptibles d'être autorisés à exercer est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé, doivent être titulaires d'un titre de formation obtenu dans un Etat membre de l'UE ou partie à l'accord sur l'EEE et leur expérience professionnelle doit être attestée par tout moyen. Les autorisations sont délivrées individuellement selon la procédure et les modalités prévues pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires. Ils devront également faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française⁹⁴⁴. Dès lors, ils sont soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice ainsi qu'aux règles professionnelles applicables en France. Ces candidats ne pourront en aucun cas bénéficier du libre établissement ou de la libre prestation de services. Cependant, comme de coutume la rigueur du principe va être atténué par un certain nombre d'exceptions existent qui vont élargir considérablement le périmètre d'application de la directive.

c) Les exceptions au principe de nationalité communautaire posé par la directive 2005/36/CE

La directive 2005/36/UE va pouvoir s'appliquer aux ressortissants de pays tiers membres de la famille (conjoint marié ou pacsé, descendants directs âgés de moins de 21 ans ou à charge, ascendants directs) d'un citoyen de l'Union européenne qui exerce son droit à la libre circulation au sein de l'UE. L'État d'accueil va devoir faciliter l'entrée et le séjour de tout autre membre de la famille, quelle que soit sa nationalité, si dans le pays de provenance le ressortissant est à charge ou appartient au ménage du citoyen de l'UE bénéficiaire du droit de séjour à titre principal ou bien si pour des raisons de santé graves, le citoyen de l'UE doit impérativement et personnellement s'occuper du membre de la famille concerné et encore au

⁹⁴⁴ Le contrôle des connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession est assuré par les structures ordinales lorsque la profession dispose d'un ordre et par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les autres professions.

partenaire avec lequel le citoyen de l'UE a une relation durable dûment attestée. La directive précitée est également applicable aux ressortissants de pays tiers possédant le statut de résident de longue durée⁹⁴⁵. Cependant, en l'espèce, ils ne pourront pas bénéficier de la libre prestation de service. Seul l'établissement permanent leur sera autorisé.

Il en sera de même pour les ressortissants d'un pays tiers à qui a été octroyé le statut de réfugié dans un des États membres de l'UE. Cet Etat devra accorder à ce réfugié les mêmes droits qu'il accorde à ses ressortissants. De facto, un réfugié bénéficiant d'un titre délivré par un Etat membre de l'UE, devra être reconnu conformément aux dispositions de la directive 2005/36/UE par l'État membre qui lui a accordé le statut de réfugié ainsi que pour les personnes qui bénéficient de la double nationalité ou qui, au moment de la demande de reconnaissance possèdent la nationalité d'un des 31 pays de l'UE et de l'EEE, même si antérieurement elles étaient d'une autre nationalité. Enfin depuis le 9 juin 2011, la directive est applicable aux ressortissants de pays tiers aux fins d'un emploi hautement qualifié⁹⁴⁶.

Pour la profession de masseur-kinésithérapeute, la liberté d'établissement est régie par les articles L 4321-4 CSP et R.4321-27 à 29 CSP.

B. Application de la directive 2005/36/CE aux masseurs-kinésithérapeutes

Après avoir été pendant de nombreuses années délivrées au niveau national par le ministère de la Santé les autorisations d'exercice le sont, depuis 2010, par le préfet de la région⁹⁴⁷ dans le ressort de laquelle se situe le lieu d'établissement de l'intéressé (article R4321-27 CSP) après avis d'une commission organisée sous l'égide de la Direction Régionale de la Jeunesse, Sports et Cohésion Sociale (article L4321-4 CSP) « [...] composée notamment de professionnels [...] ».

⁹⁴⁵ Directive 2003/109/CE du Conseil du 25 novembre 2003 relative au statut des ressortissants de pays tiers résidents de longue durée, JO UE, L 16 du 23 janvier 2004, p. 44-53

⁹⁴⁶ Directive 2009/50/CE du Conseil européen du 25 mai 2009 établissant les conditions d'entrée et de séjour des ressortissants de pays tiers aux fins d'un emploi hautement qualifié, JO UE, L 155, 18 juin 2009, p.17-29 transposée en droit interne par la Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité, JORF du 17 juin 2011, page 10290

⁹⁴⁷ Décret n° 2010-334 du 26 mars 2010 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises des ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales et à la formation des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, JORF du 28 mars 2010 page 6135

La procédure pour obtenir cette autorisation d'exercice est strictement encadrée sur le plan réglementaire⁹⁴⁸ et a fait l'objet d'une circulaire de la DGOS⁹⁴⁹ dont l'objet est de préciser la procédure de manière à ce que les décisions des différentes commissions régionales soient le moins hétérogène possible.

Cette commission régionale, et c'est suffisamment rare pour que cela soit souligné, est majoritairement composée de masseurs-kinésithérapeutes représentants toutes les composantes de la profession. Elle comprend sept membres (article R4321-28-1 CSP).

Aux côtés du directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ou son représentant qui la préside, siègent le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, un médecin ainsi qu'un représentant du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, un masseur-kinésithérapeute salarié exerçant ses fonctions dans un établissement médico-social ou de santé, un cadre masseur-kinésithérapeute exerçant dans un institut de formation en masso-kinésithérapie et un masseur-kinésithérapeute exerçant à titre libéral.

Le professionnel désireux d'obtenir une autorisation d'exercice lui ouvrant la possibilité de s'installer durablement en France doit déposer un dossier, auprès du préfet de la région dans laquelle il souhaite exercer⁹⁵⁰, qui sera traité par le secrétariat de la commission régionale d'autorisation d'exercice (CRAE). Un accusé réception de cette demande doit être formulé dans un délai d'un mois⁹⁵¹ à compter de la réception du dossier complet. Le silence gardé pendant quatre mois à compter de cette date vaut décision de rejet de la demande⁹⁵².

⁹⁴⁸ Ordonnance n° 2009-1585 du 17 décembre 2009 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales, chapitre III relatif aux professions paramédicales, JORF du 19 décembre 2009, page 21906

⁹⁴⁹ Circulaire n° DGOS/RH2/2011/169 du 11 mai 2011 relative à la mise en oeuvre de la déconcentration des procédures d'autorisation d'exercice et de libre prestation de services (professions paramédicales), NOR : ETSH1112983C

⁹⁵⁰ Arrêté du 20 janvier 2010 fixant la composition du dossier à fournir aux commissions d'autorisation d'exercice compétentes pour l'examen des demandes présentées en vue de l'exercice en France des professions de conseiller en génétique, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur en électroradiologie médicale et diététicien, JORF du 3 février 2010, page 2034.

⁹⁵¹ Décret n°2001-492 du 6 juin 2001 pris pour l'application du chapitre II du titre II de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 et relatif à l'accusé de réception des demandes présentées aux autorités administratives, JORF n°133 du 10 juin 2001, page 9246

⁹⁵² Article R4321-27 CSP,

Les dossiers de demandes d'autorisation d'exercice doivent obligatoirement être soumis à l'examen de la CRAE ad hoc⁹⁵³. Cet examen des dossiers par la CRAE est non seulement obligatoire mais il présente l'intérêt majeur d'être réalisé par une commission majoritairement composée de masseurs-kinésithérapeutes qui sont réellement à même d'apprécier la qualité de la formation suivie et son adéquation avec les critères exigés.

Si la mise en place des CRAE ne posait pas de problème particulier il n'en fut pas de même en matière d'analyse des dossiers et de décisions rendues car lors de leur mise en place, le ministère de la Santé leur a très largement distribué un document sous formes de tableaux répondant à l'appellation d'origine non contrôlée de « *Jurisprudence du Ministère* » (cf. infra).

CONSEIL SUPÉRIEUR DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
COMMISSION RESTREINTE
DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES
(dernière mise à jour 18/09/2006)
Autorisations d'exercice

PAYS	DIPLOME	ECOLE	AVIS DE LA COMMISSION
------	---------	-------	-----------------------

On peut remarquer que la dernière mise à jour de ce volumineux document, préconisé pour servir de fondement aux décisions des différentes commissions, datait du mois de septembre 2006 alors que l'évolution du contenu des formations tant en France (travaux de réingénierie des diplômes paramédicaux) que dans les autres États membres impose un examen critique vérifiant l'adéquation avec les référentiels étude-formation, tenant compte des possibles modifications de programme ou des options choisies par les demandeurs lors de leur cursus de formation et qui peuvent être différentes au sein d'un même diplôme. D'ailleurs, l'autorité compétente ne s'y était pas trompée, qui dans la circulaire n° DGOS/RH2/2011/169 du 11 mai 2011 relative à la mise en œuvre de la déconcentration des procédures d'autorisation d'exercice et de libre prestation de services pour les professions paramédicales insistait sur le fait que cette « jurisprudence » était « [...] *seulement d'une base*

⁹⁵³ Article R.4321-27, alinéa 1^{er} CSP « [...] Le préfet de la région dans le ressort de laquelle se situe le lieu d'établissement de l'intéressé délivre, après avis de la commission des masseurs-kinésithérapeutes, l'autorisation d'exercice prévue à l'article L. 4321-4, au vu d'une demande accompagnée d'un dossier présenté et instruit selon les modalités fixées par l'arrêté mentionné à l'article R. 4321-29[...]. »

de travail pour permettre une certaine cohérence d'appréciation dans les différentes régions [...] »

Au début de l'année 2011 lors de la première réunion des 23 conseillers ordinaires régionaux siégeant au sein des CRAE, organisée par le CNOMK dans le but d'harmoniser les décisions et de dégager une « jurisprudence » actualisée, il était apparu que dans certaines régions, notamment en Alsace, le préfet de région délivrait directement les autorisations d'exercice sans que les dossiers soient soumis à l'appréciation de la CRAE compétente. En région Basse Normandie le préfet passait outre l'avis de la CAE ce qui entachait la décision d'une grave irrégularité de forme pouvant entraîner l'annulation de l'autorisation d'exercice⁹⁵⁴.

Au cours de cette réunion, force fut de constater qu'un certain nombre de CRAE faisaient fi des dispositions de la directive 2005/36/UE, en occultant les dispositions relatives aux conditions de reconnaissance des diplômes délivrés par un Etat-membre dans lequel la profession n'est pas réglementée. En l'espèce la CRAE doit délivrer l'autorisation d'exercice demandée au regard du dossier fourni par les candidats dont la composition de ce dossier sera différente en fonction de la situation du demandeur au regard du pays ayant délivré le diplôme et/ou de la réglementation applicable à la profession de masseur-kinésithérapeute dans l'Etat d'origine.

En la matière la notion de profession réglementée ou de profession non réglementée prend une importance capitale pour la reconnaissance du titre de formation à la profession de masseur-kinésithérapeute⁹⁵⁵.

L'autre pierre d'achoppement fréquemment rencontrée et source de décisions très disparates en fonction des CRAE est qu'au sein de la Communauté européenne la quasi-totalité des formations sont universitaires, d'une durée supérieure à trois années mais le nombre d'heures de stages hospitaliers est le plus souvent réduit à la portion congrue, très loin des 1 400 heures (environ) exigées dans le cursus de formation français. La prescription de mesures compensatoires devra alors être formulée avec précision tant en ce qui concerne la ou les matières pour lesquelles la formation ou l'expérience professionnelle a été jugée insuffisante

⁹⁵⁴ CNOMK, 17 janvier 2011, Commission Autorisation d'Exercice Diplômes Étrangers, (synthèse rédigée par Alain Macron Secrétaire Général du CROMK Languedoc-Roussillon

⁹⁵⁵ L'article 3.1.a de la directive 2005/36/UE définit une profession réglementée comme étant « [...] une activité ou un ensemble d'activités professionnelles dont l'accès, l'exercice ou une des modalités d'exercice est subordonné directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives, à la possession de qualifications professionnelles déterminées; l'utilisation d'un titre professionnel limitée par des dispositions législatives, réglementaires ou administratives aux détenteurs d'une qualification professionnelle donnée constitue notamment une modalité d'exercice[...]»

que pour la durée du stage ou la nature de l'épreuve. Étant bien entendu que seule une carence en la matière, non compensée par une expérience professionnelle du demandeur pourra justifier une mesure de compensation proportionnée à l'insuffisance constatée qui ne devra présenter aucun caractère discriminatoire, la durée des stages imposés ne pouvant pas excéder trois ans.

Pour la profession de masseur-kinésithérapeute, comme pour les professions d'infirmier, d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier, toutes les DRJSCS sont habilitées à organiser les mesures de compensation pour tenir compte de l'absence d'implantation géographique de structures de formation dans certaines régions. Le lieu de stage n'est pas lié à la région dans laquelle s'est effectué le dépôt de dossier. Si le demandeur choisi d'effectuer son ou ses stages dans une autre région que celle qui a pris la décision relative à la mesure compensatoire, le résultat sera notifié à l'intéressé et transmis par le préfet de la région organisatrice au préfet de la région compétent pour délivrer l'autorisation d'exercice. Chaque ARS a l'obligation d'agréer les lieux de stage de sa propre région en liaison avec les différents instituts de formation de sa région mais cet agrément n'est qu'une simple validation de la liste des stages agréés par les instituts de formation.

α. Les problèmes rencontrés en matière d'analyse des dossiers

Hormis la difficulté d'apprécier dans certains dossiers si le programme des enseignements dispensés est, sans être strictement identique au programme français, conforme à ce qu'on est en droit d'attendre d'un professionnel de santé qui va exercer la kinésithérapie sur notre sol dans la mesure où certaines matières enseignées sont apparues ou ont pu apparaître comme substantiellement différentes de celles enseignées en France un problème récurrent est celui des dossiers « groupés ».

Quelques CRAE, au rang desquelles figure celle de la région Languedoc-Roussillon, recevaient des dossiers groupés, adressés par des officines sises dans des Etats-membres de l'Est de la Communauté européenne. Ces dossiers étaient a priori irréprochables tous les candidats respectant les conditions de diplôme et d'expérience professionnelle. À titre d'exemple, à partir de 2002, les dossiers polonais traités par la CRAE LR ont d'emblée représenté près de 19 % des dossiers traités en 2012 et 2013 et plus de 33 % en 2014. Aucune demande d'autorisation d'exercice n'avait été refusée car ces dossiers parfaitement présentés d'autant plus que cet Etat membre ayant réglementé la profession de kinésithérapeute, le cursus universitaire des candidats étant très complet et comportant un nombre d'heures de

stages en milieu hospitalier compris entre 1200 et 1400 heures. Cependant, il est rapidement apparu que ces dossiers n'émanaient pas de candidatures individuelles comme la réglementation l'exige mais étaient constitués par la même personne, toutes les demandes d'autorisation d'exercice étaient rédigées par la même main ! Au début de l'année 2015, la décision fut prise de renvoyer ces dossiers groupés et de n'accepter que des demandes individuelles ce qui a fait baisser de manière très significative le nombre de demandes issues de Pologne.

Sans revendiquer l'exhaustivité en la matière, in fine nous pouvons citer une autre difficulté qui s'est présentée à au moins deux reprises. Une CRAE a été amenée à étudier le dossier d'un demandeur, initialement titulaire d'un diplôme d'ostéopathe obtenu outre-Atlantique qui, ayant obtenu la reconnaissance de ce diplôme par les autorités espagnoles obtint ainsi une autorisation d'exercice dans ce pays. Fort de ce droit acquis il sollicita une autorisation d'exercice en France, autorisation qui lui fut accordée par la CRAE sous la pression des représentants de la DRJSCS qui là comme ailleurs exprimèrent leurs craintes, voir leur hantise et le mot n'est pas trop fort, de voir un refus être à l'origine d'un recours contentieux ! Il en fut de même en Languedoc-Roussillon où la CRAE LR valida le dossier d'une ressortissante colombienne qui avait précédemment obtenu une autorisation d'exercice par les autorités espagnoles.

Ces deux validations sont entachées d'une erreur de droit, l'article L. 4381-4 CSP⁹⁵⁶ ordonnant que les ressortissants d'un Etat non-membre de l'Union européenne ou non partie à l'ALE ne puissent être autorisés à exercer la profession de masseur-kinésithérapeute que s'ils sont titulaires du diplôme d'Etat français ou bien d'un titre de formation obtenu dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'ALE, leur expérience professionnelle devant être attestée par tout moyen.

⁹⁵⁶ Article L.4381-4 CSP « Sans préjudice des engagements internationaux de la France en matière de coopération sanitaire, et notamment de ses engagements en faveur du développement solidaire, l'autorité compétente peut également, après avis d'une commission, autoriser individuellement les ressortissants d'un Etat non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen à exercer les professions citées au présent livre ainsi que celles mentionnées aux articles L. 4241-1 et L. 4241-13. Ils doivent être titulaires d'un titre de formation obtenu dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et leur expérience professionnelle doit être attestée par tout moyen. Le nombre maximum de demandeurs susceptibles d'être autorisés à exercer est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé. Les autorisations sont délivrées individuellement selon la procédure et les modalités prévues pour la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants communautaires. Les praticiens doivent faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ils sont soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice ainsi qu'aux règles professionnelles applicables en France.

Une autre difficulté se présentait lorsque la profession de masseur-kinésithérapeute n'est pas réglementée dans le pays d'origine du demandeur. En l'espèce le cas des dossiers roumains est emblématique.

β. L'importance capitale d'une réglementation de la profession de masseur-kinésithérapeute dans le pays d'origine

Lorsque le demandeur possède un titre de formation de la profession concernée délivré par un Etat membre de l'Union européenne ou un Etat partie à l'accord sur l'E.E.E. ou encore par la Suisse, qui réglemente l'accès à cette profession ou son exercice, la pièce la plus importante du dossier est la copie certifiée conforme du diplôme traduite par un traducteur assermenté⁹⁵⁷.

En la matière, comme nous l'étudierons infra, les dossiers présentés par des ressortissants roumains sont emblématiques. La principale cause de difficultés présentée par ces dossiers tient au fait qu'en Roumanie la profession de masseur-kinésithérapeute n'est pas réglementée. Victimes de la réputation que l'on prête (à juste titre ?) à la Roumanie et au supposé laxisme de son administration, l'immense majorité des citoyens roumains ayant déposé une demande d'autorisation d'exercice virent leurs demandes d'autorisation d'exercice rejetées, soit formellement soit implicitement par un nombre non négligeable de CRAE au mépris des règles communautaires et de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne qui consacrent un droit général à la reconnaissance des qualifications professionnelles et à l'accès à la profession en question.

Comme nous le montre le tableau synoptique ci-dessous, réalisé par le service juridique du CNOMK, parmi les 31 Etats-membres de l'Union européenne et de l'Espace Économique Européen⁹⁵⁸, seuls trois ne réglementent pas la profession de masseur-kinésithérapeute. Deux appartiennent à l'Union européenne (Croatie et Roumanie) et un à l'Accord économique de libre-échange (Suisse).

⁹⁵⁷ A ce sujet, il faut signaler que la présentation de beaucoup de dossiers devant la CRAE est retardée par le fait qu'ils parviennent incomplets à cause du coût de la traduction des très nombreux documents qui doivent obligatoirement y figurer (état-civil, curriculum-vitae, diplômes, programme complet des études suivies, etc...).

⁹⁵⁸ Masseur-kinésithérapeute/Kinésithérapeute (en noir) ; Masseur / Masseur-kinésithérapeute / Balnéothérapeute médical / Massage esthétique (en rouge) ; Aide-physiothérapeute (en vert) ; Médecin (en bleu)

Liste des pays réglementant la profession (AELE : UE + EEE)

Allemagne	Masseur - n. medizinischer Bademeister/in Physiotherapeut/in Krankengymnast/in
Autriche	Masseur Physiotherapeutin / Physiotherapeut Medizinischer/r Masseur/in
Belgique	Masseur-Masseuse
Bulgarie	Рехабилитатор (Rehabilitation specialist (EN)) Масажист (Qualified masseur/masseuse (EN))
Chypre	Φυσιοθεραπευτής (Physiotherapist (EN))
Danemark	Fysioterapeut
Espagne	Fisioterapeuta
Finlande	Fysioterapeutti / fysioterapeut
Grèce	Physiotherapeftís (TEI)
Hongrie	Fizioterápia Gyógymasszőr (Massage therapist (EN)) Gyógytornász (physiotherapist (EN))
Irlande	Chartered Physiotherapist
Islande (AELE)	Orku- og endurhæfingarlækningar (Physiotherapy (EN))
Italie	Fisioterapista Massaggiatore e bagnino terapeutico/balneoterapista/idroterapista Terapista della riabilitazione
Lettonie	Fizioterapeits
Liechtenstein (AELE)	Medizinischer Masseur Physiotherapeut
Lituanie	Masažuotojas
Luxembourg	Masseur-kinésithérapeute Masseur (infirmier)
Malte	Physiotherapist
Norvège (AELE)	Fysioterapeut
Pays-Bas	Fysiotherapeut
Pologne	Fizjoterapeuta (magister) Fizjoterapeuta (technik/licencjat - Aneks A - Kodeks Dobrej Praktyki) Masażysta
Portugal	Fisioterapeuta Massagista de Estética
République tchèque	Fyzioterapeut Masérské, rekondiční a regenerační služby Masér/nevidomý a slabozraký masér
Royaume-Uni	Physiotherapist
Slovaquie	Fyzioterapia - zdravotnícky pracovník v kategórii asistent Masér (kondičné, rekondičné, regeneračné a športové masáže) Masér - zdravotnícky pracovník v kategórii asistent
Slovénie	Maser v zdravstveni dejavnosti
Suède	Sjukgymnast (Physiotherapist (EN))

Lorsque la profession n'est pas réglementée dans l'État membre d'origine du demandeur le traitement du dossier va se révéler beaucoup plus difficile, ce qui est le cas avec les dossiers roumains.

δ. Les difficultés d'appréciation des dossiers roumains

Lors de la première réunion organisée par le CNOMK, regroupant l'ensemble des 22 conseillers ordinaires régionaux siégeant au sein des CRAE, à l'unanimité il fut constaté que, parmi toutes les demandes d'autorisation d'exercice déposées, les candidatures roumaines

posaient le plus de problèmes. À l'unanimité, tous les représentants régionaux évoquèrent ce problème⁹⁵⁹.

Le plus souvent, les rejets formels avaient pour fondement des études ne correspondant pas à ce qui est exigé en France ou bien l'examen des documents relatifs au cursus universitaire suivi faisait apparaître des matières substantiellement différentes et/ ou l'absence de matières enseignées en France. Certaines commissions allant, au mépris de la légalité, jusqu'à motiver leur refus par l'absence dans le dossier du demandeur de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence obligatoire... seulement en France⁹⁶⁰.

Dans un premier temps, quelques CRAE choisirent non pas de refuser systématiquement les dossiers roumains, mais de procéder un examen empreint de partialité interprétant de manière restrictive et erronée les termes de la directive 2005-36/UE, imposèrent plusieurs dizaines de semaines de stages hospitaliers en guise de mesure de compensation. Les décisions prises en l'espèce, se fondaient sur les dispositions de l'article 13-2 qui ordonnent que dans les pays qui ne réglementent pas la profession, l'autorisation d'exercice doit être accordée « [...] *aux demandeurs qui ont exercé à temps plein la profession visée pendant deux ans [...] au cours des dix années précédentes [...] à condition qu'ils détiennent une ou plusieurs attestations de compétences ou un ou plusieurs titres de formation [...]* », le 2.c édictant par ailleurs que les attestations de compétence devaient attester de la préparation du titulaire à l'exercice de la profession concernée. En la matière, les CRAE ignoraient les dispositions du dernier paragraphe de l'article 13 ainsi rédigé « [...] *Toutefois les deux ans d'expérience professionnelle visés au premier alinéa ne peuvent pas être exigées lorsque le ou les titres de formation détenus par le demandeur sanctionne une formation réglementée au sens de l'article 3, paragraphe 1, point e) [...]* »

Ayant plus ou moins volontairement occulté cette disposition les CRAE furent sèchement rappelées à l'ordre par un courrier électronique de la DGOS⁹⁶¹. Cette dernière ayant interrogé les autorités roumaines compétentes en la matière sur le statut de la profession de masseur-kinésithérapeute et celui de la formation donnant accès à la profession de masseur-kinésithérapeute sur le territoire roumain intima l'ordre aux CRAE de prendre en compte que,

⁹⁵⁹ CNOMK, 17 janvier 2011, Commission Autorisation d'Exercice Diplômes Étrangers, synthèse rédigée par Alain Macron S.Gal. CROMK LR,

⁹⁶⁰ Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, JORF n°59 du 10 mars 2006 page 3630

⁹⁶¹ PEREZ Hans Sébastien, DGOS/ RH2, jeudi 29 septembre 2011

si en Roumanie « *La profession n'est pas réglementée [...] ce qui explique les attestations qui sont parfois produites par le ministère chargé de la Santé roumain et qui ont conduit à exiger la preuve de 2 années d'exercice pour être recevable à la procédure de reconnaissance des qualifications [...] mais qu'en revanche en la formation donnant accès à la profession de MK est réglementée, cela permet de conclure que « [...] les autorités roumaines, lorsqu'elles utilisent le terme « profession », se limitent à envisager l'« exercice de la profession », ce qui est ainsi source d'erreur puisque la notion de réglementation recouvre non seulement l'exercice mais aussi la formation ; dès lors, la formation étant bien réglementée, les dispositions du dernier paragraphe de l'article 13.2 de la directive s'appliquent : « Toutefois, les deux ans d'expérience professionnelle visés au premier alinéa ne peuvent pas être exigés lorsque le ou les titres de formation détenus par le demandeur sanctionnent une formation réglementée au sens de l'article 3, paragraphe 1, point e) » Il n'est donc pas exigé des demandeurs qu'ils aient exercés pendant 2 ans pour être recevable à déposer un dossier de demande d'autorisation d'exercice [...] ».*

D'autres commissions n'examinant même pas les dossiers issus des pays de l'ancien bloc soviétique (Pologne, Roumanie) nombre de demandeurs las d'attendre une réponse qui ne venait se tournèrent vers des commissions régionales supposées plus conciliantes, comme ce fut le cas pour la CRAE Languedoc-Roussillon comme nous l'indique le tableau ci-dessous.

CRAE Languedoc- Roussillon - Extrait
bilan activité / Roumanie

Années	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Nombre de réunions	1	3	3	4	3	14
Nombre de dossiers	69	230	149	181	92	721
Autorisations d'exercice	65	131	121	148	78	543
Mesures compensatoires	3	78	24	19	12	136
Rejets	1	13	0	0	3	17
Demandes compléments informations	2	8	18	6	2	36
Dossiers ROUMAINS	16 (23,19%)	32 (13,91%)	18 (6,71%)	37 (20,44%)	22 (23,91%)	117 (16,23%)

Dès la première réunion de la CRAE LR au mois de février 2011, sur 69 dossiers, 16 dossiers roumains furent examinés⁹⁶² dont l'examen démontrait que les candidats semblaient avoir suivi une formation plus ou moins comparable à celle délivrée en France au sein des UFR STAPS. Les attestations de travail fournies émanaient toutes de centres de remise en forme ou de cabinets d'esthétique. Cependant, malgré le doute sérieux sur la qualité de la formation, trois dossiers furent validés car les candidats remplissaient les conditions requises en l'espèce (un exercice professionnel à plein-temps de plus de deux ans au cours des dix dernières années). Aux autres demandeurs roumains, ne remplissant pas les conditions exigées par la directive 2005/36/UE, il fut demandé entre 52 à 76 semaines de stages hospitaliers au titre des mesures compensatoires car leur formation pratique s'avérait notoirement déficiente. De plus, les dossiers en eux-mêmes étaient mal constitués et la traduction, de médiocre qualité, des différents documents pouvait prêter à confusion sur la qualification réelle des candidats. Il semblerait que la sévérité de la CRAE LR ait eu un effet dissuasif car les deux années suivantes le nombre de demandes issues de Roumanie baissa significativement, ne représentant plus que 13,91 % des demandes soit près de 10 % en moins en 2011 et 6,71 % des dossiers examinés par la commission en 2012.

Alarmées par le nombre de refus opposés aux demandes d'autorisation d'exercice présentées par leurs ressortissants, les autorités roumaines représentant la profession réagirent très rapidement en prenant contact avec le CNOMK par le biais d'un courrier adressé à son Président⁹⁶³.

⁹⁶² Avant d'aller plus loin dans l'analyse des décisions prises par la CRAE LR, il est nécessaire de replacer le contexte dans lequel cette première réunion se déroula. D'emblée, la Présidente de la commission, représentant le directeur de la DRJSCS nous fit part du souhait de son administration de valider un nombre maximum de dossiers pour limiter au maximum les recours administratifs! Les représentants professionnels eurent beaucoup de mal à faire prendre conscience aux représentants de la tutelle que la validation devait être basée sur des critères objectifs et qu'il n'était pas possible d'accorder un blanc-seing à des candidats dont la formation n'était pas conforme à celle exigée en France au sein des IFMK. Ainsi, aucun des demandeurs formés en Espagne n'attestait d'une formation pratique suffisante (moins de 400 heures), alors que 1400 heures de stages pratiques sont exigées dans le cursus de formation français. En tant que représentant du CROMK LR, nous fumes, à un moment donné, obligé de poser brutalement à Madame la Présidente de la CRAE la question de savoir si elle accepterait que sa mère ou ses enfants soient soignées par un de ces demandeurs. L'argument fit mouche.

⁹⁶³ CĂCIULAN Elena (Présidente), STANCA Daniela (Secrétaire), Federatia Romana a asociatiilor de kinoterapie, Lettre à l'attention du Président de l'Ordre de Masseurs-Kinésithérapeutes de France, Monsieur Jean Paul DAVID, n°19/28.02.2013, 28 février 2013

a) La réponse des autorités roumaines aux difficultés de validation de leurs ressortissants

Après avoir rappelé qu'en Roumanie la formation de kinésithérapie est dispensée dans le cadre de la Faculté de kinésithérapie et aussi dans les sections de kinésithérapie et motricité spéciale au sein de la Faculté d'Education Physique et Sport, la Présidente de la FRAK exposa que, si jusqu'en 2005 la licence de kinésithérapie s'obtenait au terme de 4 années d'études, depuis cette date, dans le cadre du processus de Bologne une réforme du régime des études a institué un premier cycle d'une durée de trois ans délivrant un diplôme de licence et un second cycle de deux années permettant d'obtenir le master. Les titulaires d'un diplôme de kinésithérapie ne pouvant exercer qu'à la condition d'avoir obtenu une Autorisation de Libre Pratique, délivrée par les Directions de la Santé Publique, sous l'autorité du Ministère de la Santé Publique.

Dans la seconde partie de son courrier, la Présidente de la FRAK informait les autorités ordinales que conformément à la Classification Internationale Standard des Occupations ISCO-08, les autorités roumaines⁹⁶⁴ ont procédé à une mise à jour des Classifications des Occupations de Roumanie, au classement de la profession de kinésithérapeute dans le groupe majeur 2 intitulé « Spécialiste dans divers « domaines d'activité », dans le sous-groupe 22 « Spécialistes dans le domaine de la santé », 226 « autres spécialistes dans le domaine de la santé », 2264- Physiothérapeutes, code 226 405-Kinésithérapeute. Ce courrier contenait également plusieurs informations essentielles. L'appellation « licence de kinésithérapie » a été remplacée par « Licence en Education Physique et Sport, spécialisation Kinésithérapie » après la mise en conformité des études avec le processus de Bologne, le ministère ayant mis le nom du domaine général – Education Physique et Sport – pour les étudiants en Kinésithérapie. Au début de l'année 2012, suite à la décision du Gouvernement n° 966/2011, le domaine de la licence a été modifié en Kinésithérapie et la spécialisation (Master 2) en Kinésithérapie et Motricité Spéciale. Les autorités ordinales françaises s'interrogeaient sur le fait que depuis 2009 la dénomination de la licence est mal renseignée et que la mention « licencié en Education Physique et Sport, domaine Kinésithérapie et motricité Spéciale ne désigne pas des professeurs de sport ou de gymnastique mais bien des kinésithérapeutes.

Conscient de la complexité des problèmes rencontrés sur le terrain par les CRAE mais aussi des procédures contentieuses qui ne manqueraient pas d'être initiées par des candidats dont

⁹⁶⁴ Ordre du Ministre du Travail, de la Famille et de la Protection sociale 1832 du 6 juillet 2012 et du Président de l'Institut National de Statistique 858 du 11 juillet 2011

les dossiers auraient été rejetés implicitement ou explicitement, le CNOMK pris l'initiative d'inviter les représentants officiels roumains de la profession pour qu'ils nous informent des conditions de formation et d'exercice de la profession en Roumanie⁹⁶⁵. Il nous fut expliqué que la profession de kinésithérapeute est née en Roumanie en 1922 mais que rapidement la loi MO 59 du 17 juin 1923 créa une spécialisation gymnastique médicale enseignée au sein de l'Institut National d'Education Physique. Les dénominations sont nombreuses (Gymnastique médicale et massage, Médecine de la culture physique, Gymnastique thérapeutique, Culture physique médicale) ce qui nous permet de comprendre pourquoi dans les dossiers, en fonction du traducteur, les termes étaient différents. Ce n'est qu'à partir de 1992⁹⁶⁶, qu'une réforme approuvée par le Ministère roumain de la Santé (lettre n° V-D/2144 du 27 janvier 1992, a transformé la spécialisation nommée « culture physique médicale » en kinésithérapie « kinetoterapie » dont la formation est d'une durée de 4 ans sanctionnée par un diplôme de licence en kinésithérapie. Dès la rentrée universitaire 1992-1993 la formation est devenue universitaire (Bucarest, Oradea et Bacau⁹⁶⁷ et en 1993 a fait son entrée dans les facultés de médecine (Physio-kinésithérapie) avec une formation de 5 ans délivrant une licence de « physiokinésithérapie ».

b) La refonte des études roumaines de physiothérapie

En 2005, pour se conformer au processus LMD de Bologne, visant à faciliter la convergence des divers systèmes d'enseignement supérieur sur la base de trois cycles (licence, master, doctorat)⁹⁶⁸ les autorités roumaines ont procédé à une refonte des études. La durée des études est désormais de 3 ans pour le niveau licence, 5 ans pour le niveau master et in fine 8 ans pour le doctorat. La licence en kinésithérapie a été remplacée par la licence en éducation physique et sport, spécialisation kinésithérapie. La profession a été réformée en 2009 lorsque la spécialisation universitaire physiokinésithérapie a été dissoute par la décision gouvernementale n° 749 et remplacée par la spécialisation balnéophysio-kinésithérapie et rééducation obtenue à l'issue d'un cursus de 3 années dans la faculté des infirmières et sage-

⁹⁶⁵ CACULIAN Elena, SERBESCU Carmen, STANCA Daniela, Kinésithérapie en Roumanie, Fédération Roumaine de Kinésithérapie, CNOMK, 25-26 mars 2012

⁹⁶⁶ On peut remarquer que c'est à partir de la chute du régime dictatorial d'obédience communiste de Nicolae Ceausescu au mois de décembre 1989 qu'à l'image des structures politiques gouvernant la Roumanie la profession évolua pour se mettre en accord avec les normes communautaires. Après avoir déposé sa candidature au mois de juin 1995, la Roumanie a rejoint l'Union européenne le 1^{er} janvier 2007.

⁹⁶⁷ Ministère de l'Enseignement, lettre n° 25338/28.01.1992

⁹⁶⁸ The Bologna Declaration of 19 June 1999, Joint declaration of the European Ministers of Education, The european higher education area,

femme. Enfin, en 2011 a été créée une licence de kinésithérapie, spécialisation kinésithérapie et motricité spéciale.

Parallèlement, dans le Code des Occupations de Roumanie, qui est l'équivalent de la Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles éditée par l'INSEE⁹⁶⁹, la catégorisation de la profession a évolué. De 1925 jusqu'en 1991 elle a appartenu à la catégorie des professeurs de culture physique médicale (Réf. CFM /222 904) classée dans le sous-groupe « médecines et assimilés ». En 1997, elle a été intégrée dans la catégorie Kinésithérapeute (Réf. 222 905) créée dans le sous-groupe médecine et assimilés pour être classée en 2011 dans le sous-groupe physiothérapeutes (Réf. 2264) créé à son intention. Actuellement, le COR distingue trois catégories de professionnels de la rééducation : les Physio-kinésithérapeutes (Réf. 226401), les kinésithérapeutes (Réf. 226405) et les professeurs de culture physique médicale (Réf. prof. CFM-226406). L'accès aux études de kinésithérapie, impose d'être titulaire du baccalauréat. L'enseignement est sanctionné par une licence : éducation physique et sport, spécialisation : kinésithérapie et motricité spéciale, obtenue après 3 ans d'études, puis par un master éducation physique et sport, spécialisation kinésithérapie et motricité spéciale au terme de deux années d'études supplémentaires. Il est possible d'obtenir le grade de docteur après avoir soutenu une thèse après trois ans d'études doctorales. Les titulaires du diplôme de balnéo-physio-kinésithérapeutes ont la possibilité de s'inscrire en master spécialisation kinésithérapie et motricité spéciale.

Lors de leur audition par les instances ordinales nationales, les représentants roumains détaillèrent avec force précisions le programme des études ainsi que les conditions d'exercice professionnel. Nous pûmes prendre conscience qu'en quelques années un sérieux effort avait été fait en matière de stages pratiques puisqu'à de rares exceptions près, la durée de ces stages est très proche de celle des stages réalisés par les étudiants français, comme nous le montre le

⁹⁶⁹ La nomenclature de catégories socioprofessionnelles (CSP) a été conçue par l'Insee en 1954. L'objectif était de classer les individus selon leur situation professionnelle en tenant compte de plusieurs critères (métier proprement dit, activité économique, qualification, position hiérarchique et statut) dans un but statistique (enquête démographique, de consommation, mobilité sociale, mortalité). Elle comprenait 9 grands groupes qui se subdivisaient en 30 catégories socioprofessionnelles. Elle a été remplacée en 1982 par la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) qui classe la population selon une synthèse de la profession (ou de l'ancienne profession), de la position hiérarchique et du statut (salarié ou non). Elle comporte trois niveaux d'agrégation emboîtés : les groupes socioprofessionnels (8 postes), les catégories socioprofessionnelles (24 et 42 postes), les professions (486 postes). la version en vigueur (PCS-2003) regroupe des professions dont la distinction était devenue obsolète, et d'en éclater d'autres afin de tenir compte de l'apparition de nouveaux métiers ou de nouvelles fonctions transversales aux différentes activités industrielles. Source : <http://www.insee.fr/>

tableau suivant. Cependant, il nous semble que ces chiffres doivent être pris avec une certaine réserve car il est probable que ce tableau ne distingue pas les heures de travaux pratiques et les heures de stages hospitaliers, ce qui peut être trompeur dans l'appréciation de la formation pratique du demandeur.



Education en kinésithérapie Les heures pratiques

Centre universitaire	LICENCE (heures)			MASTER (heures)	
BUCHAREST	Disciplines obligatoires		Disciplines complémentaires	Disciplines obligatoires	Disciplines complémentaires
	Fondamental	Licence et Specialite	Optional /Facultatif		
	140	588	98	210	266
	826			476	
	1302				
ORADEA	Disciplines obligatoires		Disciplines complémentaires	Disciplines obligatoires	Disciplines complémentaires
	Fondamental	Licence et Specialite	Optional /Facultatif		
	350	400	196	458+175	140
	1030			773	
	1830				

Les informations divulguées par les responsables syndicaux roumains ayant permis d'évacuer le problème de la reconnaissance des études, furent ensuite abordées les conditions d'exercice professionnel. Nous apprîmes qu'en Roumanie, les actes de rééducation sont dispensés par les trois catégories socio-professionnelles évoquées précédemment, à savoir les professeurs de culture physique médicale, les kinésithérapeutes et les physio-kinésithérapeutes et que pour pouvoir exercer, les professionnels devaient obtenir de la Direction de Santé Publique (organe déconcentré du Ministère de la Santé Publique) territorialement compétente une autorisation de Libre pratique⁹⁷⁰.

c) L'Attestation de Libre Pratique

Cette attestation de libre pratique ne sera délivrée que si est jointe à la demande une attestation d'embauche de l'employeur ou du futur employeur. Comme nous l'indique le document infra, l'ALP est un véritable droit à l'exercice professionnel qui permet d'attester de sa réalité.

⁹⁷⁰ A titre anecdotique, nous avons remarqué que parmi les différents documents classiquement exigés, là comme partout ailleurs, (copie certifiée des diplômes, extrait de casier judiciaire, etc.) doit figurer un certificat médical émanant d'un médecin psychiatre !

Le droit d'exercice professionnel Autorisation de libre pratique (ALP)



En l'espèce, nous fûmes mis en garde contre le fait que les titulaires du diplôme de balnéo-physiokinésithérapie et rééducation de la Faculté de Sages-femmes et Infirmières ne pouvaient pas disposer en tant qu'infirmières de cette ALP, leurs attestations étant délivrées par l'Ordre des Infirmières. De facto, elles ne doivent en aucun cas être assimilées aux kinésithérapeutes ou physio-kinésithérapeutes à moins, qu'ayant obtenu le diplôme de master en kinésithérapie, elles soient devenues kinésithérapeutes.

Si le nombre de dossiers roumains déposé au secrétariat de la CRAE LR avait sérieusement baissé en 2011 et 2012, les années suivantes le nombre des demandes reparti à la hausse, représentant entre 20,44 % et 23,91 % des demandes traitées.

Ce qui peut expliquer cette progression est la démarche positive de la CRAE LR qui, faisant fi des préjugés, s'est efforcée d'appliquer strictement, dans le respect des règles et de la jurisprudence communautaire les textes régissant cette procédure de reconnaissance mais surtout en tenant tenu compte des informations recueillies et publiées par le CNOMK en la matière. Mais, il ne faut pas non plus sous-estimer la démarche qui semble avoir été entreprise par les structures roumaines compétentes qui, ayant pris en compte les exigences imposées par les CRAE, ont modifié le « profil » des requérants. Désormais, du moins en Languedoc-Roussillon, tous les candidats sont titulaires de l'ALP et possèdent plus de deux ans d'exercice professionnel dûment attesté par des certificats de travail.

À ceux qui n'apportent pas la preuve de leur expérience professionnelle et dont la formation présente des différences substantielles avec les critères exigés la CRAE, conformément à la réglementation en vigueur, prescrit des mesures compensatoires⁹⁷¹.

C. Mesures compensatoires : au choix du demandeur une épreuve d'aptitude ou un stage d'adaptation

Au choix du demandeur, les mesures de compensations consistent en une épreuve d'aptitude ou un stage d'adaptation⁹⁷². Notre expérience, en tant que représentant du CROMK LR au sein de la CRAE LR, confortée par les différents entretiens que nous avons pu avoir avec les autres représentants ordinaires siégeant dans ces commissions, montre que ce n'est qu'à titre exceptionnel (et jamais en Languedoc-Roussillon) que les demandeurs sollicitent selon la procédure prescrite une mise en situation professionnelle. À cela, il y a deux raisons.

α. La mise en situation professionnelle : une mesure compensatoire esquivée

Les demandeurs à qui est prescrite une mesure compensatoire vont esquiver la mise en situation professionnelle pour au moins deux raisons.

La première est que si la mise en situation professionnelle est familière aux étudiants français elle ne l'est pas ou beaucoup moins aux étudiants formés dans l'espace communautaire. Ce qui somme toute semble assez logique, dans la mesure où comme nous l'avons indiqué précédemment, les formations communautaires sont essentiellement universitaires avec peu d'heures de stages hospitaliers. Ceci expliquant cela.

Mais la plus évidente est la barrière de la langue. En effet, dans l'immense majorité des cas, lorsqu'ils déposent leur dossier, les demandeurs ne possédant pas une maîtrise suffisante de la langue française ne souhaitent pas passer sous les fourches caudines du jury. Leur préférence va donc vers le stage d'adaptation qui va leur permettre dans un contexte plus favorable de faire apprécier leur savoir-faire et d'améliorer leur connaissance de la langue française.

⁹⁷¹ Arrêté du 24 mars 2010 fixant les modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation pour l'exercice en France des professions de conseiller en génétique, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale et diététicien par des ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, JORF du 28 mars 2010, p. 6147

⁹⁷² Article L.4321-4 CSP « [...] Lorsque l'examen des qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation et de l'expérience professionnelle pertinente fait apparaître des différences substantielles au regard des qualifications requises pour l'accès à la profession et son exercice en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation qui consiste, au choix du demandeur, en une épreuve d'aptitude ou en un stage d'adaptation. »

Si chacun s'accorde à reconnaître que la maîtrise de la langue française est une condition fondamentale pour l'exercice de toutes les professions de santé, gage de sécurité des soins, les instances communautaires ont posé comme principe que les exigences linguistiques ne doivent pas dépasser ce qui est objectivement nécessaire pour l'exercice de la profession.

β. Procédure de reconnaissance des qualifications et vérification des connaissances linguistiques : deux procédures distinctes

Les CRAE ont pour mission de contrôler l'adéquation de la formation reçue par le demandeur avec les exigences posées par la directive communautaire et la formation dispensée dans l'État membre qui instruit la demande d'autorisation d'exercice. Ainsi, le niveau de maîtrise de la langue exigé de la part d'un professionnel de santé (médecin, sage-femme, infirmier kinésithérapeute, etc.) directement en contact avec les patients sera supérieur à celui demandé à un professionnel de santé qui ne sera pas directement en contact avec eux. Le type de vérification ne peut donc pas être stéréotypé mais être en adéquation avec la nature et les besoins de la profession. Il doit également, et cet aspect ne doit pas être négligé, garantir que la communication avec les autorités administratives et autres organismes professionnels soit assurée conformément aux conditions posées par la jurisprudence communautaire⁹⁷³. Par ailleurs, quelle que soit la profession de santé, le traitement du dossier du demandeur se fera dans la langue française et, si une mesure compensatoire (épreuve d'aptitude ou stage d'adaptation) est exigée, le déroulement se fera également dans la langue française.

Les textes prévoient que le contrôle de la maîtrise de la langue du pays d'accueil s'effectuera a posteriori de la délivrance de l'autorisation d'exercice. La procédure de reconnaissance des qualifications et la vérification éventuelle des connaissances linguistiques sont deux procédures distinctes. Elle doit être faite après la reconnaissance des qualifications professionnelles. Elle ne peut ni l'empêcher, ni la remettre en cause. En revanche elle conditionne l'exercice de la profession.

Le préfet de région a en principe compétence pour vérifier la maîtrise de la langue française et, le cas échéant, du système des poids et mesures utilisés en France. Toutefois, s'agissant

⁹⁷³ CJCE, Arrêt de la Cour du 4 juillet 2000. - Salomone Haim contre Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein. - Demande de décision préjudicielle: Landgericht Düsseldorf - Allemagne. - Responsabilité d'un Etat membre en cas de violation du droit communautaire - Violations imputables à un organisme de droit public d'un Etat membre - Conditions de la responsabilité de l'Etat membre et d'un organisme de droit public de ce même Etat - Compatibilité d'une exigence linguistique avec la liberté d'établissement. - Affaire C-424/97. Recueil de jurisprudence 2000 page I-05123. Sources : <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:61997CJ0424>

des professions à ordre, cette vérification appartient au conseil compétent pour procéder à l'inscription au tableau. Le cas échéant, le contrôle effectué à cet égard peut retarder l'inscription au tableau de l'ordre concerné ou l'enregistrement du professionnel.

La procédure de contrôle de connaissance de la langue française et des systèmes de poids et mesures, initialement exigée pour les infirmiers⁹⁷⁴ a été étendue à la profession de masseur-kinésithérapeute par l'Ordonnance n° 2009-1585 du 17 décembre 2009⁹⁷⁵ qui a créé l'article L.4321-9 CSP⁹⁷⁶. Depuis l'institution du Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ce n'est plus au médecin inspecteur départemental de santé publique qu'incombe la tâche de vérifier la connaissance suffisante de la langue française et des systèmes de poids et mesures utilisés en France mais au CDOMK qui va inscrire l'impétrant à son tableau conformément aux dispositions de l'article R.4112-1 CSP, rendues applicables aux masseurs-kinésithérapeutes par l'article R.4321-1 CSP⁹⁷⁷, qui dispose que « *Le médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme qui demande son inscription au tableau de l'ordre dont il relève remet sa demande ou l'adresse par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au président du conseil de l'ordre du département dans lequel il veut établir sa résidence professionnelle [...] Cette demande est accompagnée des pièces suivantes [7°] Tous éléments de nature à établir que le demandeur possède les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession.* »

La nature de la profession de masseur-kinésithérapeute justifie d'avoir une connaissance de la langue française mais, jurisprudence européenne oblige⁹⁷⁸, les exigences linguistiques ne doivent pas dépasser ce qui est objectivement nécessaire pour l'exercice de la profession. La nature du contrôle de la maîtrise doit garantir que la communication avec les autorités administratives et les organismes professionnels soit assurée efficacement et permette

⁹⁷⁴ Article L.4311-17 CSP « *L'infirmier ou l'infirmière qui demande son inscription sur la liste départementale doit faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française et des systèmes de poids et mesures utilisés en France. Lorsque cette preuve ne résulte pas du dossier accompagnant la demande d'inscription, la vérification est faite par le médecin inspecteur départemental de santé publique ; une nouvelle vérification peut être faite, à la demande de l'intéressé, par le médecin inspecteur régional de santé publique.* » (Version en vigueur du 22 juin 2000 au 27 décembre 2006)

⁹⁷⁵ Ordonnance n° 2009-1585 du 17 décembre 2009 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales, JORF du 19 décembre 2009, p. 21906

⁹⁷⁶ Articles L.4321-9 « *Le masseur-kinésithérapeute qui demande son inscription au tableau doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession et celles relatives aux systèmes de poids et mesures utilisés en France* »

⁹⁷⁷ R.4321-1 CSP « *Les dispositions des articles R. 4112-1 à R. 4112-6-1 sont applicables aux masseurs-kinésithérapeutes et aux pédicures-podologues [...]* »

⁹⁷⁸ Arrêt Hairn cf. supra

d'assurer la sécurité des soins. En l'espèce, la jurisprudence de la CJCE impose que les exigences en matière linguistique soient proportionnées à ce qui est strictement nécessaire à l'exercice de la profession dans l'État membre d'accueil ce qui exclut une vérification linguistique standardisée. Il n'est donc pas possible d'exiger des candidats qu'ils soient détenteurs d'une attestation spécifique de connaissance de la langue délivrée une institution particulière.

Hormis la difficulté de maîtriser correctement la langue française, la seconde raison qui incite les demandeurs à privilégier le stage d'adaptation à la mise en situation professionnelle est la non-maîtrise d'une telle procédure.

δ. Le stage d'adaptation : une mesure compensatoire majoritairement privilégiée

Le stage d'adaptation est très majoritairement privilégié par les ressortissants européens à qui a été prescrite une mesure compensatoire pour au moins trois raisons.

En premier lieu, le candidat va avoir plusieurs semaines pour apporter la preuve de ses compétences professionnelles. Travaillant au sein d'une équipe, il va pouvoir démontrer sa capacité à soigner correctement les patients qu'on lui a confiés. En second lieu, aussi étonnant que cela puisse paraître, le stage d'adaptation va lui permettre de bonifier sa connaissance de la langue française à peu de frais... Enfin, sachant que les structures hospitalières manquent cruellement de masseurs-kinésithérapeutes, ces professionnels savent pertinemment qu'ils ont toutes les chances de trouver un emploi de masseur-kinésithérapeute salarié au sein d'une des structures les ayant accueillis. De plus, l'expérience montre que leurs collègues français leur accordent un large crédit de sympathie qui les incite à valider quasiment systématiquement leur stage d'adaptation même en cas de maîtrise insuffisante de la langue française.

Souvent, les masseurs-kinésithérapeutes des terrains de stages rapportent que les premières semaines consistent en fait en un apprentissage des rudiments de la langue française. Dans d'autres terrains de stage, le candidat est confié aux bons soins d'un de ses compatriotes précédemment embauché ! Et malgré cela, par compassion coupable, les cadres de santé valident les stages⁹⁷⁹. Récemment en Languedoc-Roussillon, les masseurs-kinésithérapeutes salariés du CHRU avaient alerté le CDOMK 34 qu'une stagiaire portugaise, ne maîtrisant pas la langue française avait été, par incompréhension des consignes de rééducation plus que par

⁹⁷⁹ La mesure compensatoire est validée lorsque la mention « connaissance suffisante » est portée sur la fiche de stage par le responsable du terrain de stage.

incompétence professionnelle, à l'origine du « débricolage » d'une ostéosynthèse fémorale du patient qui lui avait été confiée nécessitant une nouvelle intervention chirurgicale.

Lors de l'examen du rapport de stage, la CRAE LR n'a, malheureusement, pu que valider les mesures compensatoires demandées car le cadre supérieur de santé du secteur rééducation du CHRU avait, malgré cet accident majeur, validé l'ensemble des items de l'évaluation du stage.... À une seule reprise, la commission régionale a pu refuser de délivrer une autorisation d'exercice à réception du rapport d'évaluation d'un demandeur étranger, le cadre de santé ayant souligné que seule une évaluation dans la langue maternelle pouvait être jugée « suffisante ».

La mobilité professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes va bien évidemment avoir des conséquences sur l'exercice professionnel. Il nous semble important de dresser un panorama synthétique de celles-ci⁹⁸⁰.

3. Les Conséquences de la mobilité entrante des masseurs-kinésithérapeutes

La mobilité des professionnels de santé est souvent perçue comme ayant affecté la performance des systèmes de santé, notamment en Europe du fait du processus d'élargissement de l'Union européenne en 2004 et 2007.

A. Une mobilité professionnelle à relativiser

Un récent rapport d'étude⁹⁸¹, conclut que les récents élargissements de l'Union européenne n'ont pas généré des flux aussi importants que prévus. Néanmoins, de nombreux pays de l'Union Européenne s'appuient, à des degrés divers, sur des professionnels de santé étrangers. Ainsi, au Royaume Uni, 30 % des médecins en exercice sont titulaires d'un diplôme obtenu à l'étranger. Au Portugal, en Belgique, Espagne, Autriche, Norvège, Suède, Suisse, Slovaquie, Irlande le seuil de 10 % de médecins à diplômes étrangers est atteint. Pour les infirmières le seuil des 10 % est largement dépassé en Italie, Autriche, Irlande et au Royaume-Uni.

⁹⁸⁰ MACRON Alain, « Mobilité entrante des masseurs-kinésithérapeutes étrangers : aide ou risque pour le système de santé français ? », Congrès International Francophone des Etudiants en Physiothérapie et Kinésithérapie, Lyon février 2014

⁹⁸¹ Organisation Mondiale de la Santé, "Mobilité professionnelle de la santé et systèmes de santé", 2011 <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies/health-professional-mobility-and-health-systems.-evidence-from-17-european-countries/>

En France, il semblerait que la situation soit différente puisqu'en 2006, on ne dénombrait que 7,4 % de médecins et 1,6 % des infirmiers de nationalités étrangères⁹⁸².

Cependant, pour les infirmiers, le nombre de diplômes obtenus hors des frontières est plus important (1,9 %), la grande majorité provenant de pays de l'Union Européenne. Ainsi, 1 % des infirmiers de nationalité française en exercice ont obtenu leur diplôme hors de France (essentiellement dans un Etat membre de l'Union européenne)⁹⁸³.

La mobilité des professionnels de santé français a aussi été étudiée en 2001 par la Commission européenne⁹⁸⁴. On apprend que 1,3 % des médecins exerçant en Belgique, 0,3 % des médecins exerçant en Irlande et 2,2 % des infirmières exerçant en Suisse sont français. Cependant, si la mobilité des médecins et des infirmiers a fait l'objet de plusieurs études, celle des masseurs-kinésithérapeutes ne semble pas avoir suscité beaucoup d'intérêt. Au début des années 2000, les autorisations d'exercice étaient majoritairement délivrées à des titulaires de diplômes belges (88 %) dont les 2/3 étaient de nationalité française⁹⁸⁵.

Le champ de la mobilité des professionnels de santé, et en tout premier lieu des masseurs-kinésithérapeutes, s'est surtout amplifié depuis 2004⁹⁸⁶ avec l'adhésion de 13 nouveaux pays à l'Union européenne. La migration des professionnels de santé est souvent vue comme l'opportunité pour les professionnels migrants de pouvoir tenter leur chance et d'élargir leurs perspectives de carrière dans des pays où l'offre de soins est solvable, voire de parfaire leur formation professionnelle. Elle est aussi la conséquence des difficultés d'accès à la formation initiale dans certains pays (quota d'entrée en 1^{re} année d'IFMK en France). À ce sujet, il faut mettre en exergue « faux migrants, faux communautaires » qui sont des ressortissants nationaux ayant été se former hors des frontières de l'Hexagone pour contourner un numerus

⁹⁸² Centre d'analyse stratégique, La mobilité internationale des professionnels de santé : quels enjeux pour le système de soins français ?, Note d'analyse, n°308, décembre 2012

⁹⁸³ Roland Cash et Philippe Ulmann, Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : le cas de la France, OECD HEALTH WORKING PAPERS N°36, 1^{er} octobre 2008 DG Sanco C-2, 25/03/2004) ;

⁹⁸⁴ DG Sanco C-2, 25/03/2004)

⁹⁸⁵ Serge DARRINE, Projections du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020

Sources, méthode, principaux résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) Série Etudes, document de travail, n° 34 – septembre 2003

⁹⁸⁶ Initialement composé de 6 Etats membres (1957 : Belgique, France, Italie, Luxembourg, Pays-Bas et Allemagne de l'Ouest), l'union européenne compte aujourd'hui 28 membres avec les adhésions successives de l'Irlande, Royaume-Uni, Danemark (1973), la Grèce (1981), l'Espagne et du Portugal (1986), l'Autriche, la Finlande et la Suède (1995), Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République tchèque, Slovaquie Slovénie (2004), la Bulgarie, la Roumanie (2007) et enfin la Croatie (2013).

clausus ou des quotas d'accès à la formation et qui reviennent exercer sur le territoire de la mère patrie après avoir obtenu leur autorisation d'exercice⁹⁸⁷ !

La présence de diplômés étrangers et les conséquences qu'elle induit sur les systèmes de soins sont une question plus complexe qu'il n'y paraît à l'origine de nombreuses réflexions⁹⁸⁸ et l'objet de colloques internationaux⁹⁸⁹. Les pouvoirs publics se sont récemment penchés sur la question⁹⁹⁰. Cependant chacun s'accorde à penser que la mobilité des professionnels de santé va avoir des conséquences réelles sur le fonctionnement des systèmes de santé tant des pays d'origine des professionnels migrants que sur ceux des pays d'accueil.

B. Les effets néfastes des migrations professionnelles sur la qualité des soins dispensés

À court et moyen terme, les migrations des professionnels de santé ne présentent pas que des avantages, car si elles permettent de remédier à la pénurie de main-d'œuvre dans certains pays ou bien dans certains secteurs, comme celui des masseurs-kinésithérapeutes salariés en France... Elle peut aggraver la pénurie de ces mêmes professionnels dans leurs pays d'origine et ainsi compromettre la qualité des soins et l'accès aux soins. La pénurie d'effectifs ainsi induite va entraîner le plus souvent une démotivation importante des professionnels qui sont en place, générant un appauvrissement de l'offre de soins tant sur le plan qualitatif que quantitatif⁹⁹¹. L'exode de certains professionnels de santé va également entraîner une absence de retour sur investissement pour les pays qui ont financé la formation initiale (par exemple la Belgique pour les masseurs-kinésithérapeutes) et représenter in fine une sorte de « subvention

⁹⁸⁷ CORDERY Philip, PIRON Michel, Rapport d'information de la Commission des Affaires Européennes sur la proposition de directive du Parlement européen et du Conseil modifiant la directive relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, Assemblée Nationale, 16 avril 2013, professionnelles.

⁹⁸⁸ VAN DEN BRINCK Hélène, FOURASSIER Éric « La libre circulation des patients dans l'Union européenne: enjeux et perspectives », RGDM, n° 29, 2008 ; BERTRAND Christine, la libre circulation des personnels soignants, Revue générale de droit médical, n°44, septembre 2011, p.31-36 ; ESPESSON-VERGEAT Béatrice, « La circulation des professionnels de santé dans l'Union européenne : la coopération, juste expression de la libre circulation », Revue générale de droit médical, n°44, septembre 2012, p.79-99

⁹⁸⁹ BUCHAN James, « Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services ? », Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », Tallinn (Estonie) 25-27 juin 2008

⁹⁹⁰ Centre d'analyse stratégique, « La mobilité internationale des professionnels de santé : quels enjeux pour le système de soins français ? », La note d'analyse, questions sociales, n°308, décembre 2012.

⁹⁹¹ BUCHAN James, « Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services ? », Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », Tallinn (Estonie) 25-27 juin 2008

perverse »⁹⁹² involontairement concédée aux pays d'accueil bénéficiant de la force de travail de ces professionnels. Les pays formateurs devant consacrer une part non négligeable des dépenses de formation réalisées au bénéfice d'autres pays. Certains, comme la Belgique, ont été obligés de mettre en place des mesures visant à restreindre le nombre d'extra-nationaux étudiants en matière paramédicale car ceux-ci étaient largement majoritaires dans les promotions.

Le renouvellement des professionnels cessant leur activité n'étant plus assurée, les conséquences s'avéraient désastreuses tant sur le niveau de santé publique qu'en matière d'accès et de qualité des soins⁹⁹³. Cependant, comme le souligne le rapport 2006 de l'Organisation mondiale de la santé sur la Santé dans le monde⁹⁹⁴, ce n'est pas la perte financière qui est le plus dommageable mais le fait que dans certains pays, le système de santé déjà fragilisé va l'être encore plus par la perte de personnel ce qui aura des conséquences délétères sur l'offre et la qualité des soins.

Inéluctablement, les populations des pays concernés ne pourront plus bénéficier de soins de qualité et les conséquences pourront se mesurer en diminution d'années d'espérance de vie en bonne santé⁹⁹⁵. À long terme, on peut penser qu'une partie de ces professionnels ayant émigré vers l'eldorado des pays « riches » reviendront, dans un avenir plus ou moins proche dans leur pays d'origine en rapportant dans leurs bagages leur expérience et les compétences acquises, expérience et compétences dont ils pourront faire bénéficier leurs compatriotes.

⁹⁹² MENSAH K, MACKINTOSH M, HENRY L. The "skills drain" of health professionals from the developing world: a framework for policy formulation. Londres, Medact, 2005 (http://www.medact.org/article_health.php/) in Travailler ensemble pour la santé, Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2006

⁹⁹³ La Cour de Justice de l'Union européenne (CJUE, 13/04/2010, aff. C-73/08, Nicolas Bressol e.a., Céline Chaverot e. a/Gouvernement de la Communauté française) a jugé que la réglementation belge sur les quotas « constitue une discrimination indirecte sur la base de la nationalité qui est prohibée, à moins qu'elle ne soit objectivement justifiée » (considérant 47) à moins que le gouvernement apporte la preuve que l'inégalité de traitement se justifie par la volonté de « ... maintenir un service médical de qualité, équilibré et accessible à tous dans la mesure où il contribue à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé publique » (considérant 62). Prenant acte de cette décision, la Cour constitutionnelle belge (31 mai 2011) a partiellement annulé le décret contesté en posant le principe que la liberté de circulation dans l'Union européenne peut être limitée pour des raisons tenant à l'ordre public ou à la santé publique. En conséquence, Une circulaire (10 juin 2011) du ministre de l'Enseignement supérieur, a fixé les nouvelles règles applicables. Les quotas d'accès aux études supérieures pour les non-résidents ne s'applique plus aux études de sage-femme, ergothérapie, logopédie, podologie-podothérapie, audiologie et éducateur spécialisé en accompagnement psycho-éducatif. En revanche, pour les études de kinésithérapie et de médecine vétérinaire le dispositif est maintenu.

⁹⁹⁴ Travailler ensemble pour la santé, Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2006

⁹⁹⁵ « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946.

C. L'impact de la mobilité entrante des masseurs-kinésithérapeutes sur la qualité des soins dispensés

La présence de professionnels de santé possesseurs de diplômes étrangers a, inéluctablement, influé sur la qualité des soins dispensés que ce soit à cause du défaut de la langue française ou bien de la méconnaissance du système de santé.

α. Les conséquences liées au défaut de maîtrise de la langue française

Si l'on excepte les « faux migrants - faux communautaires » évoqués supra, la principale inquiétude est à mettre sur le compte de la maîtrise de la langue française ou plutôt son défaut de maîtrise. Il est facilement concevable, même pour un esprit simple que la maîtrise de la langue française est une des conditions indispensable pour l'exercice de toutes les professions paramédicales.

Comme nous l'avons évoqué supra l'insuffisance de maîtrise de la langue pose un problème lors de la réalisation des mesures compensatoires avec quelquefois des effets délétères sur la santé des patients et la sécurité des soins.

Le manque d'attractivité du statut des masseurs-kinésithérapeutes au sein de la fonction publique hospitalière est à l'origine d'une désaffection des jeunes diplômés qui est à l'origine d'une pénurie problématique dans certains services hospitaliers et plus encore dans certains établissements situés en zones rurales. Les professionnels de la santé étrangers ont souvent comblé l'écart dans la disponibilité des effectifs de la santé dans les régions isolées ou défavorisées socio-économiquement et permis d'augmenter la capacité de service du système⁹⁹⁶. Une des conséquences de ce fait, peu souvent évoquée, est que dans certains établissements ces professionnels étrangers devenus majoritaires au sein des équipes des masseurs-kinésithérapeutes vont par un atavisme bien compréhensible avoir tendance à se regrouper pour former un sous-groupe, ce qui ne va pas favoriser leur apprentissage de la langue française dans la mesure où ils auront tendance à s'exprimer entre eux dans leur langue maternelle.

Si la méconnaissance de la langue française pose un réel problème en matière de qualité et surtout de sécurité des soins dispensés par les physiothérapeutes ressortissants d'un État membre de l'Union européenne, a contrario, serions-nous tenter d'écrire, le défaut de maîtrise

⁹⁹⁶ Comment les médecins étrangers ont sauvé l'hôpital de Fourmies, (Roland Cash et Philippe Ulmann, Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : le cas de la France, OECD HEALTH WORKING PAPERS N°36, 1er octobre 2008 DG Sanco C-2, 25/03/2004) ;

de la langue dans laquelle sont dispensés les enseignements peut , également, poser un problème. Lors de notre dernière intervention au sein du département Sciences de la Santé de l'Université San Jorge de Saragosse, le directeur de l'enseignement nous confiait son inquiétude sur le niveau de compétence des étudiants français. En effet, lorsque ces derniers étaient peu nombreux, ils acquéraient rapidement une bonne connaissance de la langue espagnole, ce qui leur permettait de suivre sans problème les différents enseignements. Le succès de cette université auprès des ressortissants français a eu pour conséquence de multiplier le nombre d'étudiants français au sein de chaque promotion (environ 30%). Dès lors, ils se sont « communautarisés » et ne maîtrisent plus la langue espagnole. Malgré les efforts déployés par l'équipe pédagogique de l'université ce problème perdure ce qui va obliger les enseignants à adopter des mesures coercitives, notamment lors de la soutenance des épreuves pratiques.

Un risque souvent évoqué, plus par les professionnels que par les patients, serait le manque de compétence des professionnels diplômés hors des frontières de l'Hexagone.

β. Les conséquences liées l'incompétence alléguée des diplômés étrangers

Cette critique est récurrente parmi les masseurs-kinésithérapeutes en exercice. Est-elle fondée ? On peut en douter. En effet, rare sont les candidats ne possédant pas un diplôme universitaire de niveau minimum de Licence (180 ECTS⁹⁹⁷). Le plus souvent, ils sont titulaires d'un Master (240 ECTS). De plus, plusieurs filtres existent qui vont permettre d'apprécier les compétences professionnelles acquises. Lors de l'examen de la demande d'autorisation d'exercice, si l'étude du dossier, par la commission régionale, montre que le demandeur ne possède aucune expérience professionnelle et une différence significative dans le cursus de formation, ce qui est souvent les cas en ce qui concerne les stages pratiques en milieu hospitalier, la délivrance de l'autorisation d'exercice sera subordonnée à l'accomplissement de mesures compensatoires. Ces mesures compensatoires consistent, au choix du demandeur, en des stages d'adaptation à effectuer au sein de terrains de stages agréés par l'ARS ou bien en une épreuve d'aptitude (mise en situation professionnelle) qui n'est qu'exceptionnellement demandée.

⁹⁹⁷ ECTS : Système européen de transfert et d'accumulation de crédits (European Credits Transfer System). Créé en 1989 par l'Union européenne dans le cadre du programme Erasmus, il s'agit d'un système de mesures L'ECTS est inséparable de la Déclaration de Bologne ayant permis d'harmoniser l'enseignement supérieur européen.

Cette dernière étant particulièrement redoutée par les candidats en raison, vraisemblablement, d'une maîtrise insuffisante de la langue française. En la matière, les doléances pour insuffisance de pratique ou manque de maîtrise professionnelle sont exceptionnelles. L'expérience montre que les compétences théoriques des demandeurs sont le plus souvent équivalentes à celles des professionnels nationaux et que tous partagent la même culture médicale. Cependant, il n'en va pas de même pour les connaissances pratiques liées à l'utilisation des dernières générations d'appareils spécialisés de rééducation ce qui entraîne des difficultés d'adaptation à l'environnement technologique.

La méconnaissance de l'organisation du système de santé français est un des facteurs de risque souvent constaté et régulièrement mis en exergue par les professionnels français.

δ. Les conséquences liées à la méconnaissance d'un corpus législatif et réglementaire relatif à la santé publique en constante évolution

L'intégration correcte des professionnels de santé étrangers est rendue difficile par leur méconnaissance de l'organisation du système de santé français. Si en milieu hospitalier, cette difficulté est moindre compte tenu de la chaîne de responsabilités qui existe et de la présence d'une équipe qui va guider et informer le diplômé étranger, il n'en n'est pas de même en secteur libéral ou droit de la santé et droit de la Sécurité sociale se côtoient quand ils ne se télescopent pas. Les diplômés étrangers, comme « les faux migrants » n'ont aucune connaissance des responsabilités que la loi et le règlement imposent à tous les professionnels de santé en matière de sécurité des soins et d'information des patients, ces normes étant particulièrement complexes, coercitives et évolutives à en France aujourd'hui.

La santé publique vise à satisfaire trois objectifs principaux. En premier lieu, réduire au maximum la survenue éventuelle de risques sanitaires. En second lieu elle doit garantir des soins de la meilleure qualité possible⁹⁹⁸. Enfin, elle doit assurer l'égalité de tous en matière d'accès aux soins. Il faut reconnaître qu'en la matière, le législateur n'a pas été avare,

998 Article R.4321-80 CSP. Il est intéressant de noter que les masseurs-kinésithérapeutes comme les médecins doivent délivrer des soins consciencieux. Mais ceux du masseur-kinésithérapeute seront « attentifs et fondés sur les données actuelles de la science » alors que ceux délivrés par les médecins seront « dévoués et fondés sur les données acquises de la science... » Le diplôme de masseur-kinésithérapeute étant un diplôme généraliste, le masseur-kinésithérapeute ne sera pas obligé de faire appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. Cependant l'article R. 4321-113 CSP ordonne que « Tout masseur-kinésithérapeute est habilité à dispenser l'ensemble des actes réglementés. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni prescrire dans des domaines qui dépassent ses compétences, ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose »

construisant au fil des ans un véritable arsenal législatif que bien des masseurs-kinésithérapeutes français, formés en France ne connaissent que très partiellement !

Depuis un peu plus de dix ans, en matière d'organisation du système de santé, ce sont trois lois majeures qui ont été promulguées⁹⁹⁹. La loi du 4 mars 2002 dite « Loi Kouchner » a « bouleversé » le système de santé en mettant l'accent sur le respect des libertés du patient, considéré désormais comme un usager. La loi a institué les notions de démocratie sanitaire, de qualité du système de santé, de droit à la réparation des risques sanitaires. Celle du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique¹⁰⁰⁰ a pour objectif de développer une politique de santé basée sur le rééquilibrage des notions de prévention, soins et réadaptation. Ses autres objectifs sont la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables, la lutte contre les inégalités de santé, l'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. À titre anecdotique, il nous faut signaler qu'il s'agit de la deuxième loi de santé publique, la première étant la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique (JORF du 19 février 1902). Enfin, la loi du 21 juillet 2009 Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) dont l'objectif était d'organiser une offre de soins de qualités, accessibles à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé en proposant une modernisation globale du système de santé et une coordination du système de santé. Pour cela, la loi prévoit de décloisonner les différents secteurs (ambulatoire, hôpital, médico-social), d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes.

Comment la démocratie sanitaire déjà difficilement concevable pour bon nombre de professionnels de santé français peut-elle être assimilée et comprise par les masseurs-kinésithérapeutes étrangers ? D'autant plus qu'en la matière on se heurte aux mêmes difficultés ou les mêmes déviations que pour la démocratie politique. Dans quelle mesure l'existence d'un corpus juridique, destiné à agir sur les comportements des acteurs de santé et leur imposer le respect de principes, peut-il compenser le déficit de la culture démocratique¹⁰⁰¹?

⁹⁹⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118 ; Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF du 11 août 2004, p. 14277 ;

¹⁰⁰⁰ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF du 11 août 2004, p. 14277 ; Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF du 22 juillet 2009 page 12184.

¹⁰⁰¹ Dix ans d'application de la loi Kouchner, acte II. La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ? Colloque organisé par le CERDARE (Centre d'Étude et de Recherche sur le Droit Administratif et la Réforme de l'État, Université Montesquieu - Bordeaux IV) et l'Institut du droit de la santé de l'Université Montesquieu-Bordeaux IV

a) *Méconnaissance du concept de sécurité sanitaire et de son organisation*

La méconnaissance de l'organisation de la sécurité sanitaire¹⁰⁰² est le plus souvent couplée à des difficultés de compréhension de l'organisation du système et notamment des niveaux de responsabilité exigés.

Apparue en 1992, l'expression « sécurité sanitaire » a été introduite dans le code de la santé publique par les lois du 29 juillet 1994 relatives à la bioéthique¹⁰⁰³. Depuis la loi du 4 mars 2002 elle est devenue la mission fondamentale du système de santé. Définie à l'origine comme la sécurité contre les risques liés au fonctionnement du système de santé, aujourd'hui sa définition est beaucoup plus large englobant « *l'ensemble des actions et des procédures permettant de réduire la probabilité des risques ou la gravité des dangers qui menacent la santé de la population et pour lesquelles l'action des pouvoirs publics est nécessaire* »¹⁰⁰⁴.

Le dispositif français dénombre trois agences de sécurité sanitaire stricto sensu. L'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), chargé comme son nom l'indique de la veille sanitaire, c'est-à-dire assurer les missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)¹⁰⁰⁵ qui assure de multiples missions (veille, expertise, recherche et référence) dans un vaste domaine couvrant la santé humaine, la santé et le bien-être animal ainsi que la santé végétale, couvrant ainsi de manière globale l'ensemble des expositions (particules, ondes, inhalation, ingestion...) auxquelles un individu peut être sujet, volontairement ou non, à tous les âges et moments de sa vie qu'il s'agisse d'expositions au travail, pendant ses transports, ses loisirs, ou via son alimentation et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)¹⁰⁰⁶ dont la création a été voulue par le législateur avec pour objectif le renforcement de l'expertise et des missions de

¹⁰⁰² Sources : Sénat.fr

¹⁰⁰³ Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain ; loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, JORF du 30 juillet 1994 page 11060

¹⁰⁰⁴ Annexe au projet de loi de finances pour 2007, Document de politique transversale (DPT), « Sécurité civile », page 17.

¹⁰⁰⁵ L'ANSES est née de la fusion de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET). Ordonnance n° 2010-18 du 7 janvier 2010 portant création d'une agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, JORF du 8 janvier 2010, p. 453

¹⁰⁰⁶ L'ANSM a remplacé l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). La création de cette nouvelle agence du médicament a été voulue par le législateur qui a renforcé l'expertise et les missions de l'AFSSAPS

l'AFSSAPS¹⁰⁰⁷. À ces trois agences, il nous faut ajouter la Haute Autorité de Santé (HAS), autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité¹⁰⁰⁸. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique. Elle évalue d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur admission au remboursement. Elle élabore des recommandations sur les stratégies de prise en charge et certifie les établissements de santé et accrédite les praticiens de certaines disciplines afin d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville.

N'oublions pas de citer également le Haut Comité de Santé Publique (HCSP)¹⁰⁰⁹, instance d'expertise qui a pour mission de contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et contribuer au suivi annuel, la Conférence Nationale de Santé¹⁰¹⁰, organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)¹⁰¹¹ est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.

1007 Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, JORF du 30 décembre 2011, p. 22667

¹⁰⁰⁸ L'HAS exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique. Elle évalue d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur admission au remboursement. Elle élabore des recommandations sur les stratégies de prise en charge et certifie les établissements de santé et accrédite les praticiens de certaines disciplines afin d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville.

¹⁰⁰⁹ Créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, le HCSP reprend en les élargissant les missions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et celles du Haut Comité de la santé publique, siégeant respectivement depuis 1848 et 1991. Il fournit aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ainsi que des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique.

¹⁰¹⁰ La Conférence nationale de santé (C.N.S.) a été créée par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996. Ses missions et sa composition ont été adaptées par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Lieu de concertation elle permet aux acteurs du système de santé d'exprimer leurs points de vue sur les politiques de santé, relaie les demandes et les besoins de la population, et favorise le dialogue entre les usagers, les professionnels, les autres acteurs et les responsables politiques.

¹⁰¹¹ L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi ses missions initiales à la participation à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives et à la formation à l'éducation pour la santé.

Un grand nombre de diplômés communautaires choisissant d'exercer leur art en secteur libéral, il leur faudra également s'imprégner des règles du système conventionnel posées par le Code de la Sécurité sociale car entre l'Assurance maladie et professionnels de santé la vie conventionnelle n'est pas un long fleuve tranquille¹⁰¹².

b) Méconnaissance de la complexité des règles du système conventionnel

Les conventions qui régissent les rapports entre les professionnels de santé libéraux et l'Assurance maladie datent des ordonnances de 1945. Ce sont des contrats synallagmatiques qui se sont toujours efforcés de concilier deux impératifs apparemment contradictoires, ceux de l'exercice libéral (libre choix du médecin par le patient, paiement à l'acte et paiement direct) et ceux de la socialisation des risques. À l'origine uniquement tarifaires, départementales et non obligatoires, le remaniement du système conventionnel 1971¹⁰¹³ les a rendues obligatoires (sauf manifestation individuelle expresse de renoncement) et nationales. Une fois établies après négociations entre les organisations syndicales représentatives et les Caisses d'assurance maladie, elles doivent être approuvées a posteriori par le ministre de tutelle avant leur publication au Journal Officiel. Ayant réuni, pendant longtemps, trois partenaires (Caisses d'assurance maladie, professionnels de santé et pouvoirs publics), depuis 2004 un quatrième larron s'est invité à la table des négociations : l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire¹⁰¹⁴.

Si la fixation des tarifs est toujours l'épine dorsale des conventions, au fil du temps d'autres objectifs à atteindre sont venus s'ajouter. Sans être exhaustif, on peut citer, la maîtrise des dépenses de santé (qu'elle soit « concertée » ou médicalisée), le contrôle du bon usage des soins, le respect de référentiels de bonne pratique.... et récemment la volonté d'améliorer la répartition de l'offre de soins tout en garantissant l'accès aux soins des assurés et leur prise en charge homogène sur le territoire national. Ces obligations supplémentaires que les professionnels de santé se doivent de respecter, sans réelles contreparties en retour de la part des Caisses d'assurance maladie, le diktat imposé par les représentants des mutuelles, génèrent depuis longtemps des tensions entre les partenaires conventionnels synonymes de

¹⁰¹² MACRON Alain, « Assurance maladie et professionnels de santé : La vie conventionnelle n'est pas un long fleuve tranquille », RDS n° 60, juillet 2014, p. 1432-1436

¹⁰¹³ Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux, JORF du 06 juillet 1971, p. 6571

¹⁰¹⁴ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, article 55, JORF du 17 août 2014.

blocages conventionnels et générateurs d'un surabondant administratif¹⁰¹⁵ puisque entre le 13 juillet 1966 et le 17 mars 2014 on ne dénombre pas moins de 61 arrêts du Conseil d'Etat.

Pour complexifier encore un peu plus la situation, en matière d'exercice libéral de nombreuses dispositions réglementaires sont venues récemment, sous couvert de simplification administrative, complexifier les formalités de prise en charge des soins de kinésithérapie, suppression de la demande d'entente préalable (DEP) mais remplacement par la demande d'accord préalable (DAP)¹⁰¹⁶ exigée dans un premier temps pour tous les traitements masso-kinésithérapiques supérieurs à trente séances dans l'année (civile ou calendaire ?) pour ne plus l'être qu'en cas de dépassement prévu ou constaté des référentiels¹⁰¹⁷, normes coercitives fixant un nombre maximum de séances de masso-kinésithérapie pour un certain nombre de pathologies ostéo-articulaires, imposées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie qui se sont succédées depuis le mois mai 2010 (arthroplastie de hanche par prothèse totale, arthroplastie du genou par prothèse totale, ligamentoplastie du ligament croisé antérieur du genou, entorse externe récente de cheville-pied, libération du nerf médian), au mois de janvier 2012 (lombalgie commune¹⁰¹⁸, réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct¹⁰¹⁹, arthroplastie du genou par prothèse unicompartmentaire, méniscectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie, en août 2013 (fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras, cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique¹⁰²⁰) et enfin en janvier 2014 (dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique, dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée, après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus, après fracture

¹⁰¹⁵ DUBOUIS Louis, De l'illégalité itérative comme mode de gestion du système conventionnel, note sous CE 13 novembre 1995, RDSS 1996, p.532, Dalloz ; (61 arrêts du Conseil d'Etat entre le 13 juillet 1966 et le 17 mars 2014)

¹⁰¹⁶ Avenant n°3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux a été approuvé par l'arrêté du 10 janvier 2012 et publié au Journal officiel du 14 janvier 2012.

¹⁰¹⁷ L'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a établi des référentiels pour les actes en série de masso-kinésithérapie. Ces référentiels concernent plusieurs pathologies et déterminent un nombre d'actes au-delà duquel une demande d'accord préalable auprès du contrôle médical est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, la poursuite de la rééducation.

¹⁰¹⁸ DAP à partir de la 16e séance et à partir de la 31e séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents

¹⁰¹⁹ 50 séances couvrant la rééducation post-opératoire initiale correspondant à la phase de cicatrisation et visant à maintenir une mobilité passive (environ six semaines) et la rééducation post-opératoire secondaire visant à restaurer la mobilité active et la force musculaire (environ trois mois).

¹⁰²⁰ DAP à partir de la 16e séance et à partir de la 31e séance, si 30 séances pour cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique ont été prises en charge dans les 12 mois précédents.

avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte). Enfin, depuis le 15 juillet 2012, des mesures de restrictions au conventionnement dans certaines zones classées comme surdotées et des mesures incitatives à l'installation en zone très sous-dotée et sous-dotées étaient venues complexifiées encore un peu plus l'environnement professionnel des masseurs-kinésithérapeutes. Elles ont été partiellement annulées par une décision du Conseil d'Etat¹⁰²¹.

Pour comprendre la problématique induite par la multiplicité et la complexité de ces règles il faut savoir que le professionnel migrant se tournera spontanément vers l'interlocuteur qui lui semble le plus légitime, c'est-à-dire le conseil de l'Ordre or si celui-ci représente et défend la profession ce sont les syndicats qui représentent et défendent les professionnels...

Une des difficultés majeures rencontrées par les professionnels diplômés au sein de la Communauté européenne est de s'adresser au bon interlocuteur lorsqu'ils rencontrent des difficultés en matière d'exercice professionnel. En effet, il existe une dichotomie en matière de représentation et de défense professionnelles le système.

L'Ordre a, de par les compétences que la loi lui a confié, compétence pour représenter et défendre la profession mais il n'a aucune compétence en matière d'exercice conventionnel pour représenter et défendre les professionnels dans leurs relations avec les Caisses d'Assurance maladie. Mais en matière de sécurité des patients, l'analyse de la pertinence des actes et des soins est une exigence pour les professionnels de santé imposée par les règles déontologiques qui disposent que « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le masseur-kinésithérapeute s'engage personnellement à assurer au patient des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données actuelles de la science* »¹⁰²². En la matière, c'est l'institution ordinale qui est compétente. Savoir qui fait quoi nécessite de la part des professionnels migrants une démarche d'appropriation qui n'est pas évidente reconnaissons-le.

Enfin, il n'est pas certain que dans les cursus de formation universitaires des différents pays européens pourvoyeurs de diplômés étrangers ayant choisi d'exercer en France soit intégrée l'acquisition de compétences relationnelles en matière d'information due au patient et à sa famille.

¹⁰²¹ Conseil d'État, Syndicat des masseurs-kinésithérapeutes des landes, 17 mars 2014, n° 357594, Mentionné dans les tables du recueil Lebon

¹⁰²² Code de la santé publique, Article R.4321-80, Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes

c) *Nécessité de mettre en œuvre les moyens d'une meilleure intégration*

Le partenariat « soignant/soigné pour la sécurité des soins » ne peut se développer que si les professionnels en sont les initiateurs pour faciliter la prise de parole du patient et en répondant à ses interrogations. L'information donnée au patient doit être précise, ciblée et utile pour ses choix. Là encore c'est une obligation déontologique « *Le masseur-kinésithérapeute, dans les limites de ses compétences, doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, lorsque le médecin, appréciant en conscience, tient, pour des raisons légitimes, le patient dans l'ignorance d'un diagnostic ou pronostic graves, le masseur-kinésithérapeute ne doit pas révéler ces derniers* »¹⁰²³. L'information loyale, claire et appropriée permettant d'obtenir du patient son consentement éclairé ou bien d'exercer son droit au refus de soin¹⁰²⁴. Pour remédier à ce que nous n'hésitons pas à qualifier de carences, il serait certainement souhaitable que soient mises en place des mesures permettant une intégration de meilleure qualité du diplômé étranger comme c'est le cas dans différents États membres de la Communauté européenne. Ainsi, l'Angleterre (1999), l'Irlande et l'Écosse (2003) ont institué un code de bonne pratique. La Norvège et les Pays-Bas privilégient la voie des accords bilatéraux. Au Royaume-Uni, le General Medical Council (équivalent du Conseil de l'Ordre) a adopté un programme national d'intégration. Enfin, le Canada et la Suisse ont mis en place un stage d'acclimatation avec un encadrement pour les praticiens étrangers autorisés à exercer au sein de ces deux pays. Mais en la matière, chaque partie « se renvoie la balle ». Les instances ordinales estiment que ce n'est pas de la compétence de l'Ordre, les syndicats professionnels aimeraient bien s'approprier cette mission mais du fait de leurs effectifs « faméliques » il leur est difficile de la mettre en place. Quant aux pouvoirs publics et notamment la DGOS il reviendrait aux IFMK d'organiser cette information dont le programme se juxtapose avec celui du module 12 (législation - réglementation) mais ces derniers au prétexte du manque de moyens humains, matériels et financiers préfèrent « taper en touche » et remettre à plus tard ne serait-ce qu'une once de discussion à ce sujet.

1023 CSP, article R.4321-83

¹⁰²⁴ CSP, article R.4321-84

La mise en œuvre des mesures de restriction d'accès aux études de masso-kinésithérapie a été une décision politique interne, la reconnaissance des diplômes communautaires ne s'est mise en place qu'avec retard et difficulté à cause des réticences bien connues du législateur français à transposer dans les délais impartis les directives européennes. Ces agrégats de règles sont à l'origine d'une évolution de l'organisation et de l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Mais cette profession a été, est et sera contrainte d'évoluer à cause de choix sociétaux qui,

TITRE II - UNE ÉVOLUTION EGALEMENT LIEE A DES FACTEURS INTERNES

À tous les points de vue, la société française a considérablement évolué au cours des quarante dernières années. L'évolution des mœurs, de la perception de l'image du corps, l'émergence du concept de bien-être nées de la « révolution de mai 1968 » ont bouleversé les rapports sociaux en contribuant à développer les concepts d'autodétermination, de liberté individuelle. Ces choix sociétaux ont eu pour conséquence de bousculer l'évolution de la profession de masseur-kinésithérapeute dans au moins deux domaines. En premier lieu en contrariant la création de son Conseil de l'Ordre (I) et en second lieu en mettant à bas le monopole légal du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes (II).

CHAPITRE I - L'AVENEMENT CONTRAIRE DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

L'avènement contrarié du conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes est aux confins du choix politique et sociétal. Choix politique, il l'est puisqu'une habilitation législative est obligatoire pour que cette institution puisse être créée. Mais c'est aussi un choix sociétal car la décision du politique sera largement empreinte de la conception que la société qu'il représente se fait de son organisation, de sa réglementation. Les tenants de l'institution ordinale sont plutôt à rechercher du côté des professions libérales qui prônent un certain détachement vis-à-vis des règles étatiques. Les opposants à l'Ordre se trouvent parmi les idéologues pour qui l'Ordre est souillé à jamais par l'infamie de Vichy ainsi que parmi, et ils sont nombreux, qui estiment que c'est à l'Etat de réglementer et d'organiser les relations professionnelles.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, l'année 1995 va rester comme étant l'année où le législateur va doter la profession d'un conseil de l'Ordre¹⁰²⁵ par le biais de l'article 6-1 qui

¹⁰²⁵ Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre sociale, article 6-1, JORF du 5 février 1995, p. 1993

insère dans le titre III du livre IV du code de la santé publique au chapitre I^{er} ainsi rédigé : « *Organisation de la profession de masseur-kinésithérapeute, Section : Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes ; Art. L. 491-1. - Il est institué un ordre national des masseurs-kinésithérapeutes groupant obligatoirement tous les masseurs-kinésithérapeutes habilités à exercer leur profession en France, à l'exception des masseurs-kinésithérapeutes relevant du service de santé des armées* » et de son corollaire un code de déontologie¹⁰²⁶.

L'institution d'un conseil de l'Ordre est, pour les masseurs-kinésithérapeutes, ou du moins pour l'élite syndicale qui la représente et tente de présider à ses destinées, l'aboutissement d'un très long combat commencé dès l'avènement de la profession en au printemps 1946.

Paragraphe 1 L'institution du conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes : l'aboutissement d'un très long combat chemin de croix

Comme les médecins qui, dès le XIXe siècle, désireux de voir respecter la dignité médicale souhaitaient la création de Conseils médicaux départementaux, instances non syndicales qui assureraient la défense de l'honneur, de la probité¹⁰²⁷ et de l'indépendance de la profession et de veiller au respect des règles déontologiques, très tôt, les représentants syndicaux des masseurs-kinésithérapeutes revendiquèrent un Ordre professionnel.

1. Un parcours législatif atypique

A. 1946 : La première proposition de loi tendant à instituer un ordre des masseurs-kinésithérapeutes

C'est ainsi qu'au mois de juin 1946, à peine réélu, le député Paul GUILBERT ayant repris sa place à la Commission de la famille, de la population et de la santé publique dépose, au nom de cette commission, un rapport sur la proposition dont il est l'auteur avec plusieurs de ses collègues, tendant à instituer un ordre des masseurs-kinésithérapeutes et un ordre des pédicures. L'initiative sera réitérée sans plus de succès en 1947. Ainsi que le rappelle Alain POIRIER dans son remarquable mémoire rédigé dans le cadre de son diplôme d'études

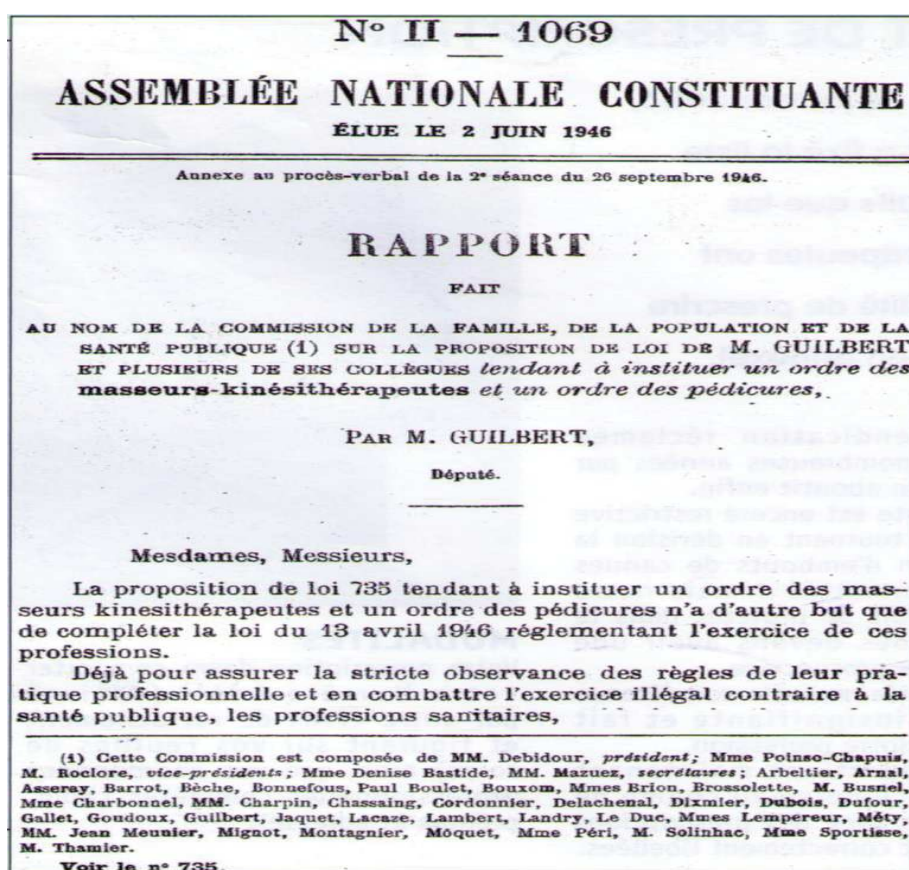
¹⁰²⁶ Loi n° 95-116, « Art. 5. - L'article L. 490 du code de la santé publique est ainsi rétabli: Art. L. 490. - Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, fixe les règles du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. »

¹⁰²⁷ Probité : Vertu qui consiste à observer scrupuleusement les règles de la morale sociale, les devoirs imposés par l'honnêteté et la justice. Synonyme de droiture, honnêteté, intégrité, justice, loyauté. la probité à professionnelle renvoie à des notions de conscience professionnelle, de déontologie, d'incorruptibilité. Source : Dictionnaire Le Grand Robert de la langue française, édition numérique 2014

supérieures spécialisées droit, santé, éthique¹⁰²⁸ le contexte politique de l'époque (guerre d'Indochine, insurrection en Algérie, instabilité politique générée par les renversements de gouvernements liés au changement d'alliance entre les partis politiques¹⁰²⁹) n'était pas favorable à l'adoption d'une telle mesure.

Il faut, également et vraisemblablement attribué cet échec à l'opposition d'une partie du corps parlementaire, composé de nombreux médecins, hostiles à ce que de néoprofessionnels de santé paramédicaux se dotent d'une structure leur assurant une indépendance professionnelle.

De surcroît, une mention ajoutée à l'article 6 de ladite proposition confiant au Conseil national de l'ordre, sur proposition du Conseil départemental intéressé, la fixation du nombre maximum de masseurs-kinésithérapeutes admis à s'installer dans une zone déterminée entraîna son renvoi en Commission synonyme « d'enterrement de première classe » !



¹⁰²⁸ POIRIER Alain, « L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes », mémoire de DESS, UFR Droit Rennes, 1995

¹⁰²⁹ Vingt-quatre gouvernements vont se succéder de 1946 à 1958 dont cinq entre les mois de novembre 1945 et novembre 1947.

B. Un processus décisionnel perturbé par des divisions syndicales

À partir des années 1960 la revendication d'un Ordre professionnel qui aurait pour mission d'élaborer un code de déontologie, va un moment rapprocher les différentes organisations syndicales mais, du fait de leurs divergences en matière de déontologie, préfèrent laisser au futur Conseil de l'Ordre le soin d'en définir le contenu¹⁰³⁰. À compter de cette époque, la quête va être longue, laborieuse et semée d'embûches. Les raisons sont multiples. Les pouvoirs publics étant opposés à une telle structure vont faire preuve de beaucoup d'inertie. La division des organisations professionnelles et leurs atermoiements sur la nature même de la juridiction professionnelle vont également ralentir et parfois même interrompre le processus décisionnel.

En 1965, le Conseil fédéral de la FFMKR, mandaté par le vote des représentants départementaux lors du Congrès précédent congrès fédéral amorça un travail d'approche avec les services compétents du ministère de la santé pour tenter d'obtenir une modification des dispositions du code de la santé publique, dans le but de permettre à la profession de se voir doter d'un conseil de l'ordre.

Si à une très large majorité des représentants départementaux le principe de la création d'un conseil de l'ordre fut adopté, la forme et les modalités le régissant posèrent plus de problèmes « *Le principe ayant été admis, il reste à la Commission de poursuivre les études de textes qui permettraient d'obtenir le vote du Parlement après accord des ministères et des professionnels. Différentes solutions peuvent se présenter et c'est le côté délicat de cette étude [...]* »¹⁰³¹. Au mois d'octobre de l'année suivante, Jean Marcel JEANNENEY¹⁰³², ministre des Affaires sociales s'engage à étudier la création d'un Ordre des masseurs-kinésithérapeutes... qui serait partiellement inféodé au pouvoir médical. Une nouvelle proposition de loi relative à la création d'un Conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, qui se distingue des précédentes par le fait que ce conseil serait totalement indépendant va être déposée par André DAVOUST, député de la Mayenne sans plus de succès. Les 3 et 4 de juin 1967, le conseil fédéral de la FFMKR réuni au siège de la

¹⁰³⁰ POIRIER Alain, L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes : manuel à l'usage des professionnels, SPEK, Paris, 1996, p. 51 et s.

¹⁰³¹ SABY Julien, FFMKR, Compte-rendu moral de la commission de l'ordre et du statut légal, Kinésithérapie, n° 19 (152), novembre 1965, p.64

¹⁰³² JEANNENEY Jean-Marcel (1910 – 2010), docteur en droit, agrégé de sciences économiques, député UDR de la 2ème circonscription de l'Isère (juin – août 1968), ministre de l'Industrie et du Commerce (janvier 1959 – avril 1962), ministre des Affaires sociales (avril 1967- mai 1968), ministre d'État (juillet 1968 - juin 1969), ministre de la Justice, Garde des Sceaux par intérim (avril - juin 1969).

fédération, après avoir entendu un rapport sur les travaux du groupe de travail officiel sur les règles professionnelles au ministère des affaires sociales, va consacrer l'essentiel de ses travaux à l'organisation de la profession, l'édiction de règles professionnelles et l'organisation disciplinaire chargée de les faire respecter. En matière de règles professionnelles, sous réserve de l'acceptation par le Congrès fédéral, le conseil donne son accord tout en demandant aux membres de la délégation fédérale de faire part de ses remarques aux responsables ministériels. Par contre, il renouvelle son opposition absolue au projet de Conseil consultatif régional et à la procédure disciplinaire proposée par l'administration, suite au refus de cette dernière de créer un Ordre des kinésithérapeutes.

En 1977, la vie syndicale n'étant pas un long fleuve tranquille, une scission va s'opérer au sein de la FFMKR aboutissant à la création d'un nouveau syndicat professionnel, le Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (SNMKR) qui va singulièrement compliquer le processus en cours. Deux conceptions vont s'affronter. Le jeune et minoritaire SNMKR est favorable à un véritable Ordre professionnel. La FFMKR privilégie une structure juridictionnelle non ordinale chargée de faire respecter des règles professionnelles, règles professionnelles qu'Alain BARROT, ministre de la santé s'est engagé à mener à son terme lors du congrès de la FFMKR du mois d'octobre 1980. Les pouvoirs publics n'en demandaient pas tant pour « vitrifier » le projet de création d'un Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Nous ne pouvons pas nous empêcher de constater que les masseurs-kinésithérapeutes ont été, une fois de plus, en l'espèce leur pire ennemi.

La profession n'a jamais su s'extirper de ses querelles intestines. La création du SNMKR n'a pas été dictée par la volonté de briser l'hégémonie syndicale de la FFMKR, de se démarquer de sa politique de « réalisme politique » consistant à négocier ce qui peut l'être avec les autorités de tutelle. Cette volonté d'apporter une pierre supplémentaire à l'édifice sera très souvent mise à mal par une opposition stérile entre les deux syndicats le plus souvent liée à des querelles de personnes et par la motivation des dirigeants de ce nouveau syndicat à prouver leur existence. Il faut aussi également souligner, et l'évolution de ces deux syndicats professionnels le démontrera, que politiquement, la FFMKR était et est toujours plus marquée « à gauche » alors que le SNMKR se situe plus à droite sur l'échiquier politique et dispose d'une certaine influence au sein du RPR dans la mesure où plusieurs de ses membres y sont inscrits¹⁰³³. C'est d'ailleurs pour cela que la revendication d'un Ordre professionnel va être

¹⁰³³ DEROUET Antoine, la création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes : Processus de professionnalisation d'un groupe professionnel, mémoire Master 2 sociologie, EHESS Paris, 2008 p. 108 & 120

une des premières revendications du SNMKR, revendication à laquelle la FFMKR ne se raillera que tardivement. Cette division syndicale en l'espèce est la principale raison de la lenteur de mise en place du processus ayant finalement abouti en 1996, le pouvoir politique n'en demandant pas tant pour ne pas mettre en place ces instances ordinales.

Cependant, le processus initié par les responsables des deux syndicats professionnels représentant les professionnels libéraux se poursuivit. Il fut à l'origine de plusieurs propositions de loi ayant toutes une caractéristique commune tenant à leurs auteurs. Toutes furent infructueuses du fait de l'inertie manifestée par les différents ministres de la santé qui se succédèrent. Mais les alternances politiques des années 1980 permirent aux dirigeants professionnels de nourrir l'espoir de voir leurs projets aboutir en la matière

C. Les tergiversations du monde politique en la matière

Un certain nombre de propositions de loi furent présentées par des parlementaires qui malgré la diversité de leurs représentation politique avaient en commun de ne pas être issus du corps médical.

α. Des propositions de loi ayant une caractéristique commune tenant à leurs auteurs

Plusieurs propositions de lois concernant l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes vont être présentées à l'Assemblée nationale. On peut citer celle de Messieurs Paul BARBEROT¹⁰³⁴ et Louis FOURMONT¹⁰³⁵ déposée le 1^{er} juin 1967 (renvoyée à la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, n° 229)¹⁰³⁶ ou encore celle de Paul BARBEROT associé cette fois-ci à Monsieur André ROSSI¹⁰³⁷ le 25 juillet 1968 (renvoyée à la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, n° 247)¹⁰³⁸.

Il nous semble intéressant de mettre en exergue que ces députés présentent des « caractéristiques » communes. En premier lieu, ils appartiennent tous au courant centriste,

¹⁰³⁴ BARBEROT Paul (1915-1997), Entrepreneur dans le bâtiment puis assureur, député centriste de la 1ère circonscription d' l'Ain de 1962 à 1978

¹⁰³⁵ FOURMONT Louis (1958-1968), agriculteur, député centriste de la 2ème circonscription de la Mayenne

¹⁰³⁶ Assemblée nationale, Tables générales des documents et débats parlementaires, 3 avril 1967-30 mai 1968, 1ère partie, p. 49, imprimerie Assemblée nationale, 1969

¹⁰³⁷ ROSSI André (1921-1994), homme politique, député centriste de l'Aisne de 1958 à 1981 puis de 1976 à 1978

¹⁰³⁸ Assemblée nationale, session extraordinaire de 1967-1968, Compte-rendu intégral de la 3ème séance, séance du jeudi 26 septembre 1968, « M. Berger a été nommé rapporteur de la proposition de loi e MM. Paul Barberot et André Rossi concernant l'institution d'un Ordre des kinésithérapeutes (n° 247) » p.2922

que ce soit le Centre démocratique¹⁰³⁹ ou bien le Parti Progrès et Démocratie Moderne¹⁰⁴⁰. En second lieu aucun n'est médecin ce qui explique qu'ils n'aient pas manifesté de réticence à déposer leur proposition de loi relative à un conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Il ne faut pas, non plus, être étonné que les partis de gauche se soient opposés à ces propositions de loi, leur opposition aux Ordres professionnels étant strictement idéologique. Pour eux, les Ordres professionnels sont marqués du sceau de l'infamie en réminiscence au péché originel de la naissance du Conseil de l'Ordre des médecins en 1940, décidée de façon purement autoritaire par le gouvernement de Vichy¹⁰⁴¹ et « *Vichy ne nous a rien légué. Tout ce qu'il a fait est marqué du sceau infâme de l'armistice, de la collaboration et de la rupture avec la République* »¹⁰⁴². De plus, la profession de masseur-kinésithérapeute, dont l'exercice professionnel est majoritairement libéral ne faisait pas partie, à l'époque, des populations du « peuple de gauche » ciblées préférentiellement.

Le parti majoritaire de la droite traditionnelle, le Rassemblement pour la République¹⁰⁴³, ne manifesta pas non plus un quelconque intérêt pour cette question. Encore une fois, il faut y voir la forte représentation du corps médical au sein de ce parti ainsi qu'à l'Assemblée nationale (entre 1962 et 1968, il représente entre 7 à 9 % des députés de droite) et à l'hostilité du Conseil national de l'Ordre des médecins, très conservateur en la matière (comme dans d'autres d'ailleurs, mais là n'est pas le sujet).

Les différents ministres de la santé qui se succéderont auront tous comme caractéristiques communes d'avoir fait preuve d'une inertie que nous qualifierons de coupable en la matière.

¹⁰³⁹ A l'assemblée nationale, le groupe parlementaire des Républicains Populaires et du Centre Démocratique (RPCD) est majoritairement composé des députés du Mouvement Républicain Populaire (MRP). Il devient en 1962 le Groupe du Centre Démocratique (CD) en s'élargissant à une partie des députés du Centre Nationale des Indépendants et Paysans (CNIP), les autres siégeant au Groupe du Rassemblement Démocratique (RD). Sources : <http://www.france-politique.fr/groupe-du-rassemblement-democratique.htm>

¹⁰⁴⁰ Le Groupe Progrès et Démocratie Moderne (PDM) est composé des députés de droite non gaulliste et du centre n'adhérant pas à la Fédération de la Gauche Démocrate et Socialiste (FGDS) : Centre Démocrate (CD), Centre Nationale des Indépendants et Paysans (CNIP), Centre Républicain (CR). Sources : <http://www.france-politique.fr/groupe-progres-et-democratie-moderne.htm>

¹⁰⁴¹ Loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins, JORF du 26 octobre 1940, p.5430-5431

¹⁰⁴² LE CROM Jean-Pierre, L'avenir des lois de Vichy. Bernard Durand, Jean-Pierre Le Crom, Alessandro Somma. Le droit sous Vichy, Klostermann, p. 454, 2006, Das Europ der Diktatur. <halshs-00190968>

¹⁰⁴³ Le Rassemblement pour la République (RPR) a été créé par Jacques Chirac, alors Premier ministre. Il fait suite à l'Union des démocrates pour la République (UDR) créé au mois d'octobre 1968. Ces deux partis politiques sont placés à droite de l'échiquier politique. Ils se revendiquent du gaullisme. L'Union pour un mouvement populaire (UMP) lui a succédé en 2002.

β. Une inertie commune aux différents ministres de la santé

Les différents ministres de la santé qui se succéderont ne feront rien pour faire aboutir le dossier. Madame Simone VEIL, ministre de la Santé ¹⁰⁴⁴ se prononcera clairement contre un conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et proposera, en 1975, au Conseil supérieur des professions paramédicales la mise en place de chambres disciplinaires pour chaque profession paramédicale. Les Chambres disciplinaires professionnelles régionales seraient composées de deux magistrats, de deux professionnels élus et d'un médecin désigné par le Conseil de l'Ordre des médecins. Elles pourraient être saisies par le médecin inspecteur régional, les conseils départementaux des ordres des professions médicales, le procureur de la République, le Ministre de la santé. Elle pourrait également s'auto saisir d'une affaire. Il était prévu que le professionnel de santé poursuivi ne pourrait pas se faire assister par un avocat mais seulement par un de ses confrères. Les sanctions prononcées seraient susceptibles d'appel, interjeté devant la Cour d'Appel. Non consultées sur ce projet, les organisations professionnelles des différentes professions concernées (podologues, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, opticiens et masseurs-kinésithérapeutes) vont réagir avec fermeté contre ce projet « répressif et rétrograde »¹⁰⁴⁵.

Le successeur de Madame VEIL, Monsieur Jacques BARROT¹⁰⁴⁶ reprendra ce dossier en déshérence en y apportant de profondes modifications, ce qui permettra aux infirmières d'être dotées de Chambres disciplinaires¹⁰⁴⁷ composées de cinq membres dont quatre seront des professionnels en exercice. Les droits de la défense sont pris en compte et devront être respectés. Les groupements professionnels se voient reconnus un droit de saisine. La bonne volonté du ministre étant principalement de nature politique, en la matière les pouvoirs publics se hâteront lentement ! La loi ne sera jamais appliquée. Le décret en Conseil d'État ne sera publié que le 15 mars 1993¹⁰⁴⁸.

¹⁰⁴⁴ VEIL Simone (1927 -), magistrat, ministre de la Santé (mai 1974 – juillet 1979), ministre d'État, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (mars 1993 – mai 1995), députée européenne (juin 1979 – mars 1993), Présidente du Parlement européen (juillet 1979 – janvier 1982), membre du Conseil constitutionnel (mars 1998 – mars 2007).

¹⁰⁴⁵ POIRIER Alain, L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes : manuel à l'usage des professionnels, SPEK, Paris, 1996, p. 56.

¹⁰⁴⁶ cf. supra

¹⁰⁴⁷ Loi n°80-527 du 12 juillet 1980 modifiant certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière et de certaines autres professions d'auxiliaires médicaux, JORF du 13 juillet 1980, p. 1758

¹⁰⁴⁸ Décret no 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, JORF du 18 février 1993, page 2646

Bien que l'article 46 dudit décret ordonne que « *Tout manquement aux règles professionnelles est susceptible d'entraîner des poursuites devant la commission de discipline des infirmiers instituée par l'article L. 482-1 du code de la santé publique*¹⁰⁴⁹ » et qu'en fine, le texte dispose que « *Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre de la santé et de l'action humanitaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française* » les arrêtés d'application sont toujours en attente de publication...

Le projet de création d'un Ordre des masseurs-kinésithérapeutes va être mis sous l'éteignoir lorsque François MITTERRAND¹⁰⁵⁰ est élu président de la République au mois de mai 1981. En effet, dans son programme électoral, le candidat du parti socialiste avait manifesté sa volonté de supprimer le conseil de l'ordre des médecins¹⁰⁵¹. Une fois élu, il n'en fera rien ce qui, une fois de plus, confirme que « *les promesses politiques n'engagent que ceux qui les écoutent* »¹⁰⁵².

¹⁰⁴⁹ Article L482-1 CSP « *Il est institué dans chaque région sanitaire [*circonscription*] une commission de discipline devant laquelle sont poursuivis les infirmiers et infirmières qui ont manqué à leurs obligations professionnelles. Cette commission peut comprendre plusieurs sections. Les règles applicables à la commission sont applicables aux sections. Les dispositions de l'article L. 427 sont applicables aux infirmiers et infirmières.* » Créé par la loi 80-527 du 12 juillet 1980, abrogé par l'Ordonnance 2000-548 du 15 juin 2000, art. 4-I

¹⁰⁵⁰ MITTERRAND François (1916 – 1996), Président de la République (1981-1995), Député de la Nièvre (Union démocratique et socialiste de la Résistance) de 1946 à 1958, puis de 1962 à 1981 (Rassemblement démocratique puis Fédération de la gauche démocrate et socialiste et enfin Parti socialiste). Sénateur (janvier 1959 – janvier 1962), Ministre des anciens combattants et des victimes de guerre (janvier 1947 - juillet 1948), secrétaire d'Etat à la présidence du Conseil (juillet 1948- octobre 1949), ministre de la France d'outre-mer du (juillet 1950 - juillet 1951), ministre d'Etat (janvier - 7 mars 1952), ministre délégué au Conseil de l'Europe (juin - septembre 1953), ministre de l'intérieur (juin 1954 - février 1955), ministre d'Etat, garde des Sceaux, chargé de la justice (février 1956 - juin 1957), Source : <http://www.assemblee-nationale.fr/>

¹⁰⁵¹ 110 propositions du parti socialiste pour la France, chapitre III : III. - La liberté : des femmes et des hommes responsables : propositions 44 à 104 ; La santé protégée, proposition n° 85 « *La santé protégée [...] Le conseil de l'ordre des médecins sera supprimé.* »

¹⁰⁵² Aphorisme politique attribué à QUEUILLE Henri (1884-1970), médecin, député républicain et radical-socialiste de la Corrèze de 1914 à 1936 puis de 1951 à 1958, Sénateur de la Corrèze de 1936 à 1946. de multiples fois ministre (agriculture, Santé publique, Postes - Télégraphe-Téléphone, Travaux publics, Ravitaillement). Il a été plusieurs fois Chef du Gouvernement (11 septembre 1948 - six octobre 1949; deux juillet 1950 au quatre juillet 1950 ; 10 mars 1951 au 10 juillet 1951. « *Henri Queuille est sans doute la personnalité politique de la IIIe République qui a fait partie du maximum de gouvernements dans le minimum de temps. En vingt ans, de 1920 à 1940, il a été dix-neuf fois membre d'un cabinet ministériel, dont treize fois à l'Agriculture* ». Source : <http://www.assemblee-nationale.fr/>

δ. L'alternance politique des années 1980 : sources de désespoir et d'espoir pour les tenants de l'Ordre

La FFMKR et le SNMKR ayant fait fi de leurs différences doctrinales vont négocier un projet ordinal commun ce qui va permettre aux sénateurs Charles DESCOURS¹⁰⁵³ et Henri BELCOUR¹⁰⁵⁴ de déposer le 17 décembre 1984 une proposition de loi visant à la création d'un conseil professionnel des masseurs-kinésithérapeutes¹⁰⁵⁵. Ce texte sera adopté par le Sénat le 18 juin 1985 mais en restera là, la majorité de gauche de l'Assemblée nationale ne lui donnant pas de suite favorable.



La revendication de la création d'un Ordre professionnel des masseurs-kinésithérapeutes, par deux médecins, membres d'un parti de droite est à mettre sur le compte de la situation politique de l'époque. La victoire du « peuple de gauche » personnifiée par l'élection de François Mitterrand en mai 1981 a accentué le clivage « droite – gauche ». La nouvelle majorité souhaitant l'abrogation des Ordres professionnels, la crainte des médecins, très nombreux au sein du RPR est vive. Déposer une proposition de loi qui n'a aucune chance d'aboutir, puisque si la droite est majoritaire au Sénat, elle est largement minoritaire à l'Assemblée nationale, s'inscrit dans une logique politicienne visant à fédérer un maximum

¹⁰⁵³ DESCOURS Charles (1937-), Chirurgien, sénateur RPR / UMP de l'Isère (1983-2001)

¹⁰⁵⁴ BELCOUR Henri (1926-2003), Médecin, député UDR de la Corrèze (1967-1976), sénateur RPR de la Corrèze (1980-1998),

¹⁰⁵⁵ Proposition de loi tendant à la création d'un conseil professionnel des masseurs-kinésithérapeutes, Texte n° 160 (1984-1985) de M. Charles DESCOURS et plusieurs de ses collègues, déposé au Sénat le 17 décembre 1984, source <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/>

d'acteurs autour d'un projet commun « la défense de l'institution ordinale » tout en manifestant son opposition à la majorité de Gauche. À la suite des élections législatives du 16 mars 1986 qui virent la défaite des partis de gauche la V^e République connaît sa première cohabitation politique. Jacques Chirac est nommé Premier ministre par François Mitterrand. Des dissensions entre les deux principaux syndicats professionnels ne permettront pas de profiter de cette opportunité. Cette absence de consensus va entraver le processus en cours. Alors que le SNMKR souhaite un véritable Ordre professionnel, à l'image de ceux dont sont dotées les professions médicales, la FFMKR se contenterait de règles professionnelles. La nouvelle ministre de la santé, Madame Michèle BARZACH¹⁰⁵⁶ donne son assentiment pour la mise en place d'un projet commun à l'ensemble des professions paramédicales fondées sur des règles professionnelles et une structure juridictionnelle non ordinale. L'alternance politique de 1988 (réélection de François MITTERRAND à la Présidence de la République induisant une nouvelle majorité parlementaire socialo communiste) ne permettra pas à ce projet d'aboutir.

Un projet de loi relatif à l'organisation de la profession de sage-femme (suppression de la tutelle des sages-femmes vis-à-vis des médecins) et à l'organisation de certaines professions d'auxiliaires médicaux va être déposé sur le Bureau de l'Assemblée nationale en 1990 par le Gouvernement¹⁰⁵⁷. Une fois de plus ce texte ne fut pas inscrit à l'ordre du jour¹⁰⁵⁸. Par la suite, lors des débats parlementaires, de nombreuses questions furent posées au ministre de tutelle¹⁰⁵⁹ dont la réponse lénifiante ne laissait planer aucun doute sur l'issue de ce projet « [...] les travaux menés en collaboration étroite avec les représentants des différentes professions intéressées au sein des groupes de travail qui se sont tenus en 1988 et 1989 ont-ils abouti à un projet de loi actuellement soumis à l'examen de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale ». Le Parlement devait se pencher

¹⁰⁵⁶ BARZACH Michèle (1943 -), médecin – gynécologue, député RPR de la 13^{ème} circonscription de Paris (juin 1988 – avril 1993, ministre déléguée à la Santé et à la Famille de la France (mars 1986 – mai 1988)

¹⁰⁵⁷ Projet de loi relatif à l'organisation de la profession de sage-femme et à l'organisation de certaines professions d'auxiliaires médicaux, n° 1230, 11 avril 1990.

¹⁰⁵⁸ Sénat : Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relative à la prorogation des mandats des membres du Conseil de l'Ordre des médecins et du Conseil de l'Ordre des sages-femmes, madame RODI Nelly (Sénateur – Rapporteur), seconde session ordinaire de 1990-1991, annexe au PV de la séance du 10 juin 1991, n° 370, p.6

¹⁰⁵⁹ Par exemple, Sénat, question écrite n° 11684 de monsieur LE JEUNE Edouard (Finistère – UC) publiée dans le JO Sénat du 20/09/1990, p.2031, réponse du ministre des Affaires Sociales publiée dans le JO Sénat du 15/11/1990, p. 2441 ; Assemblée nationale, question écrite n° 34032 de monsieur TERROT Michel (12^{ème} circonscription du Rhône – RPR / UMP), réponse du ministre des affaires sociales, JO Assemblée nationale, n° 45 A.N. (Q), lundi 12 novembre 1990, p. 5228

sur la mise en place de règles professionnelles pour les paramédicaux. Le 16 octobre 1991, le Conseil des ministres adoptait un projet de loi concernant l'ordre des médecins qui instituait des règles professionnelles pour les paramédicaux. Mais ces initiatives n'ont jamais abouti¹⁰⁶⁰.

En mars 1993, deuxième cohabitation avec Édouard BALLADUR comme Premier ministre, Simone VEIL Ministre des Affaires Sociales et Philippe DOUSTE-BLAZY Ministre de la Santé. Saisissant cette opportunité, les dirigeants de la FFMKR réunissent un congrès extraordinaire le 30 avril 1993, un congrès extraordinaire. La seule voie politique réaliste aboutit à la création d'un Ordre. À 95 % des voix, les délégués départementaux mandatent les responsables fédéraux pour entamer des négociations¹⁰⁶¹. Le 20 décembre 1993, les sénateurs Charles DESCOURS et Henri BELCOUR déposent une nouvelle proposition de loi tendant à la création d'un ordre national des masseurs-kinésithérapeutes¹⁰⁶².

N° 199
SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1993-1994

Annexe au procès-verbal de la séance du 20 décembre 1993.

PROPOSITION DE LOI

*tendant à la création d'un Ordre national
des masseurs-kinésithérapeutes,*

PRÉSENTÉE

Par MM. Charles DESCOURS et Henri BELCOUR,

Sénateurs.

(Renvoyée à la commission des Affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

Elle sera renvoyée à la commission des Affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.

Il faut souligner une modification importante et, à nos yeux, symptomatique de l'intitulé de cette proposition de loi par rapport à la précédente. En 1984, il s'agissait de la création d'un conseil professionnel des masseurs-kinésithérapeutes alors que celle-ci est relative à un Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes. Pour ne pas être en reste, au début du mois de

¹⁰⁶⁰ BROCAS Anne-Marie, CUVILLIER Nathalie, DEUXDENIERS Marie-Line, Rapport sur l'exercice libéral des professions paramédicales : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Décembre 1998, p.11

¹⁰⁶¹ POIRIER Alain, L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, une construction mouvementée, Soins, volume 51, n° 709, octobre 2006, p. 48

¹⁰⁶² DESCOURS Charles, BELCOUR Henri, Proposition de loi tendant à la création d'un Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes, première session ordinaire de 1993-1994, annexe au procès-verbal du 20 décembre 1993, Sénat, bulletin n°199,

janvier 1994, trois députés, messieurs Bernard DEBRE¹⁰⁶³, Jean-Claude BIREAU¹⁰⁶⁴ et Bernard COULON¹⁰⁶⁵ vont déposer une nouvelle proposition de loi tendant à la création d'un conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes¹⁰⁶⁶. Cette proposition de loi présente la particularité d'avoir été déposée par un médecin et... deux masseurs-kinésithérapeutes. En effet, Jean-Claude BIREAU et Bernard COULON sont tous deux masseurs-kinésithérapeutes. Le premier exerçait à titre libéral à Sablons, commune du département de la Gironde dont il fut maire jusqu'en 1995. Le second était salarié de l'hôpital de Saint-Pourçain sur Sioule, ville dont il est maire depuis 1989. Cette proposition de loi, comme les précédentes ne sera pas inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée Nationale.

Les syndicats professionnels, pour une fois unis vont mettre en œuvre une stratégie de lobbying auprès des parlementaires pour faire aboutir cette revendication. Le contexte politique lié à la deuxième cohabitation¹⁰⁶⁷ va permettre de faire avancer le projet. En effet, alors qu'officiellement le Parti Socialiste proclame toujours son opposition à tout ce qui peut ressembler de loin comme de près à un Conseil de l'Ordre, en 1994 Claude PIGEMENT¹⁰⁶⁸, membre du Secrétariat national du Parti Socialiste, délégué national à la Santé en réponse à une question au sujet de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes écrit « *Je participe totalement à votre souhait de donner à l'action des masseurs-Kinésithérapeutes, des responsabilités pleines et entières sur l'organisation de votre profession. Il n'est pas normal*

¹⁰⁶³ DEBRE Bernard (1944 -), Médecin, chirurgien des hôpitaux, Professeur des Universités, Député UMP de la 4ème circonscription de Paris depuis 1986

¹⁰⁶⁴ BIREAU Jean-Claude (1937 -), masseur-kinésithérapeute, député RPR de la 10ème circonscription de la Gironde (1993-1997)

¹⁰⁶⁵ COULON Bernard (1946 -), masseur-kinésithérapeute, député UDF de l'Allier (1993 – 1997)

¹⁰⁶⁶ Assemblée Nationale, proposition de loi de M. Bernard DEBRÉ tendant à la création d'un ordre national des masseurs-kinésithérapeutes, n° 941, déposée le 13 janvier 1994

¹⁰⁶⁷ Le système politique français actuellement en vigueur est issu de la Constitution de la Vème République. La cohabitation politique est la coexistence d'un Président de la République et d'un Premier ministre appartenant à une majorité parlementaire qui lui est politiquement opposée. Le Président de la République, élu au suffrage universel, ne peut être destitué par le Parlement. Si, à la suite d'une élection législative il ne dispose plus d'une majorité parlementaire et qu'il refuse de démissionner, ne pouvant être destitué par le parlement, il va devoir choisir au sein de la nouvelle majorité parlementaire le Chef du Gouvernement. Au cours de la Vème République la France a connu 3 périodes de cohabitation. Les deux premières sous la présidence de François MITERRAND : 1986 à 1988 (Jacques CHIRAC, Premier ministre) , 1993-1995 (Édouard BALLADUR, Premier ministre). La troisième, la plus longue, de 1997 à 2002. Jacques CHIRAC était Président de la République et Lionel JOSPIN, Premier ministre.)

¹⁰⁶⁸ PIGEMENT Claude « Inoxydable défenseur depuis 1980 (et les 100 propositions de François Mitterrand pour la santé) des idées de la gauche face à des assemblées de médecins libéraux et hostiles, Claude Pigement gastroentérologue libéral, est revenu sur le devant de la scène à l'occasion de cette campagne électorale 2012. Membre de l'équipe de campagne du candidat Hollande, spécialiste de la santé, le sexagénaire qui n'a jamais rien obtenu en récompense de son militantisme socialiste échevelé, verrait-il enfin la chance lui sourire ? » Source : UNOF /CSMF, <http://www.unof.org/+Quels-medecins-quels-ministres/>

que les instances disciplinaires de votre profession relèvent de l'Ordre régional des médecins. Votre Ordre nouvellement créé doit représenter votre profession dans tous les domaines : administratif, déontologique et disciplinaire [...]»¹⁰⁶⁹. Cette prise de position est d'autant plus étonnante que son auteur était un des rédacteurs des 110 propositions du candidat François MITTERRAND à l'élection présidentielle de 1981 parmi lesquelles, comme nous l'avons évoqué supra, la proposition n° 85 préconisait la suppression pure et simple de l'Ordre des médecins ! Les prises de positions ultérieures en l'espèce des personnalités politiques socialistes lorsqu'elles seront au pouvoir démontreront sans équivoque possible que ce « revirement » n'était qu'une manœuvre de basse politique liée au contexte politique de l'époque.

À la même époque¹⁰⁷⁰ Élisabeth HUBERT, députée RPR de la Loire-Atlantique, dans un courrier adressé également au Président du SNMKR, après avoir rappelé que « *la demande de la création d'un Ordre répondant aux exigences d'autonomie liées au développement* » de la profession de masseur-kinésithérapeute est une demande ancienne et récurrente » souligne que « *La création d'un Ordre des masseurs-Kinésithérapeutes a été adoptée par le Sénat dans le cadre d'un projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social [...]* »¹⁰⁷¹.

L'intérêt de ces deux courriers est double. D'une part « *lettres passent témoins*¹⁰⁷² », preuve est apportée que la traditionnelle opposition idéologique du Parti Socialiste à l'encontre des Ordres professionnels peut disparaître lorsque le parti se trouve dans l'opposition au profit de la recherche de futurs électeurs potentiels. D'autre part, ces deux courriers ont tous les deux pour auteurs des personnalités politiques de premier plan, membres des deux principaux partis antagonistes de la politique française mais ayant un point commun à savoir le fait qu'ils sont médecins tous les deux.

C'est un véritable renversement de tendance qui se manifeste. Jusqu'alors, nous avons vu que le corps médical était farouchement opposé à la création d'un conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes gage d'émancipation professionnel. Dans sa missive, Madame

¹⁰⁶⁹ Courrier du 12 décembre 1994, Parti Socialiste, Secrétariat National, Département de l'action sociale, de l'éducation et du cadre de vie, Délégation Nationale à la Santé, PIGEMENT Claude / Robert PERRIN, Président National du SNMKR, 12 décembre 2014

¹⁰⁷⁰ HUBERT Elisabeth, (1956-), médecin, Députée RPR de la Loire-Atlantique de 1986 à 1997, Ministre de la Santé publique et de l'Assurance maladie (mai 1995 - novembre 1995), Courrier du 21 décembre 1994 / Robert PERRIN, Président National du SNMKR

¹⁰⁷¹ Sénat, Projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social, n° 32, adopté le 17 novembre 1994, articles premier ter et suivants, p.4-10

¹⁰⁷² D'après Paul, Sentences, V, 15, 4.- Loysel, 774, C.civ., art.1341, Laurent BOYER, Henri ROLAND, Adages du droit français, 4ème édition, LITEC, p.382-384

HUBERT prend soin de préciser que « [...] dans la première version, l'Ordre relevait dans son fonctionnement, notamment disciplinaire, de l'Ordre National des médecins [...] en tant que médecin, il me semblait indispensable d'éviter tout lien de subordination ou de sujétion des professions paramédicales par rapport aux médecins, j'ai souhaité déposer deux amendements [...] définitivement adoptés permettant ainsi au nouvel Ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'être totalement autonome afin de veiller lui-même et de manière indépendante au respect des règles déontologiques qu'il a édictées y compris du pont de vue disciplinaire ».

Alors que les représentants professionnels pensaient que la partie était gagnée, au mois de juin 1994, Madame Simone VEIL, ministre de la santé va s'opposer une dernière fois à la création du conseil de l'Ordre en se déclarant favorable à des règles professionnelles pour les masseurs-kinésithérapeutes. Cependant, le travail de sape mené par des représentants professionnels unis auprès des parlementaires de la majorité au pouvoir va fini par payer.

À la fin de l'été la ministre de la santé fini par céder en confiant au sénateur Charles DESCOURS que tout en n'étant pas favorable à un conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes désormais elle ne s'y opposera pas¹⁰⁷³.

2. L'accouchement dystocique du Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Lors de discussion au Sénat du projet de loi n° 45 (1994-1995) portant diverses mesures d'ordre social, au cours de la séance du jeudi 17 novembre 1994¹⁰⁷⁴, Philippe DOUSTE-BLAZY, ministre délégué à la Santé va déclarer « [...] Le Gouvernement accepte ces deux amendements. D'ailleurs, il avait déjà eu l'occasion de dire qu'il était favorable à la création d'un ordre des masseurs-kinésithérapeutes ».

A. La proposition d'un Conseil de l'Ordre dessaisi de son pouvoir disciplinaire

À la faveur d'un projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social, le Sénat vote l'institution d'un Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes. Mais, pour les représentants professionnels c'est une très grande désillusion. Cet Ordre est sous la coupe de celui des

¹⁰⁷³ BALLINI Philippe, responsable des kinésithérapeutes du RPR, Le magazine des kinésithérapeutes, Kiné-Press, n°99, 1995

¹⁰⁷⁴ Sénat, Compte rendu intégral, 27ème séance, jeudi 17 novembre 1994, p. 5753 – 5755, JORF, débats parlementaires, Sénat, 1994, n°94, 18/11/1994

médecins. À l'issue des débats, l'institution d'un Ordre des masseurs-kinésithérapeutes a été adoptée mais la commission Sociale du Sénat a contraint l'auteur du projet de loi à soustraire le disciplinaire pour le confier à l'Ordre des médecins ! Le texte prévoit que deux masseurs-kinésithérapeutes seront adjoints à la Chambre disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins et au sein des chambres disciplinaires de première instance des Conseils régionaux quatre masseurs-kinésithérapeutes se substitueront à quatre médecins. Ces dispositions vont provoquer la fureur des syndicats, car dans les deux cas les masseurs-kinésithérapeutes seront largement minoritaires. Deux sur onze au sein de la Chambre disciplinaire nationale et quatre sur neuf au niveau régional. In fine, ce sera un Ordre sous tutelle médicale, bien plus que ne l'est celui de sages-femmes¹⁰⁷⁵. C'est une amère désillusion pour l'ensemble du monde syndical qui pour une fois, malgré quelques sentiments de défiances les uns envers les autres, saura rester uni et faire le nécessaire auprès des différents groupes parlementaires pour faire modifier cette disposition.

La FFMKR va combattre avec pugnacité ce « sous-Ordre »¹⁰⁷⁶. Profitant du contexte électoral présidentiel, elle obtiendra, par l'intermédiaire d'Élisabeth Hubert, future ministre de la Santé, proche de Jacques Chirac, un Ordre des masseurs-kinésithérapeutes totalement indépendant. Ce sera le 11 décembre 1994 à l'Assemblée nationale.

B. 1995: Institution d'un Conseil de l'Ordre doté de la plénitude de ses pouvoirs

Sous l'impulsion de la députée Élisabeth Hubert, le texte sénatorial qui a été amendé pour redonner au Conseil régional de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ainsi qu'à la Chambre disciplinaire du Conseil National les mêmes prérogatives de celles de l'Ordre des médecins va être voté à l'unanimité par les députés lors de la première séance des débats du dimanche 11 décembre 1994¹⁰⁷⁷. Cependant, le texte n'étant pas strictement conforme à celui adopté par le Sénat va nécessiter son renvoi devant une commission mixte paritaire qui avalisera la version votée par l'Assemblée nationale. Plusieurs dispositions de la loi précitée étant contestées par une partie de l'opposition parlementaire, conformément au deuxième alinéa de

¹⁰⁷⁵ POIRIER Alain, L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes: manuel à l'usage des professionnels, SPEK, Paris, 1996, p. 5

¹⁰⁷⁶ Poirier Alain, cf. supra

¹⁰⁷⁷ Diverses dispositions d'ordre social, suite de la discussion d'un projet de loi adopté par le Sénat après déclaration d'urgence, 1ère séance du dimanche 11 décembre 1994, 118ème séance, JORF, débats parlementaires, Assemblée nationale, n° 122, lundi 12/12/1994, p. 8792-8794

l'article 61 de la Constitution 60 députés vont saisir le Conseil constitutionnel qui, le 25 janvier 1995 va valider l'ensemble des dispositions législatives controversées¹⁰⁷⁸.

La loi du 4 février 1995 portant diverses mesures d'ordre social¹⁰⁷⁹, dont les articles 5 (relatif au futur Code de déontologie) et 6 créent l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, est publiée le 5 février 1995. L'article 6 (article L.491-1 CSP ancien¹⁰⁸⁰) institue un Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes qui regroupera obligatoirement, à l'exception des masseurs-kinésithérapeutes relevant du service de santé des armées, tous les masseurs-kinésithérapeutes habilités à exercer leur profession en France. Cette disposition est conforme aux vœux des représentants professionnels. Si nous prenons le soin d'employer cette formule c'est qu'en pratique, force est de reconnaître que la création d'un Ordre professionnel n'était pas la priorité de la majorité des professionnels mais bien une revendication d'une élite syndicale qui en la matière ne représentait certainement les préoccupations de la base comme le démontrera l'important mouvement de contestation qui agitera la profession quelques années plus tard. Comme le faisait justement remarquer Alain POIRIER¹⁰⁸¹ on peut remarquer que le texte indique que les masseurs-kinésithérapeutes exercent une profession, comme les sages-femmes (article L.444 CSP ancien) alors que les médecins (article L.381 CSP ancien) et les pharmaciens (article L.520 même code) exercent un art, les chirurgiens-dentistes quant à eux exercent tout simplement (article L.429 même code).

L'article L.491-2 CSP ancien fixe les missions dévolues à l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Comme pour les autres ordres des professions médicales, il est chargé de veiller au maintien des principes de moralité indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie d'assurer la défense de l'honneur de la profession de masseur-kinésithérapeute et d'organiser toute œuvre d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit. Concomitamment il aura également le devoir de veiller « [...] à l'observation, par tous ses membres, des droits, devoirs et obligations professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 490. » Cette précision appelle une remarque car cette reconnaissance de droits professionnels est inédite. Que doit-on entendre par « droits professionnels » ? Que recouvrira cette notion qui à n'en pas douter est différente

¹⁰⁷⁸ Conseil constitutionnel, décision n° 94-357 DC du 25 janvier 1995, JORF du 31 janvier 1995, p. 1651

¹⁰⁷⁹ Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, articles 5 à 7, JORF du 5 février 1995, p. 1992

¹⁰⁸⁰ Article L491-1 CSP ancien / article L.4321-15 CSP nouveau.

¹⁰⁸¹ POIRIER Alain, L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes : manuel à l'usage des professionnels, SPEK, 1996

de la défense de la profession ? Si on pousse encore un peu plus loin l'analyse de cet article on s'aperçoit que le Conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, à la différence de celui des médecins (article L.382 CSP ancien) ne dispose pas de la mission de défendre l'indépendance de la profession. Comment s'en étonner lorsqu'on sait que le masseur-kinésithérapeute qui exerce dans un but thérapeutique ne peut le faire que sur prescription médicale (article L.467 CSP ancien). Ainsi que le souligne Alain POIRIER, il aurait été important que cette notion d'indépendance professionnelle soit expressément reconnue car si les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont le choix de leurs techniques ce n'est pas le cas de leurs consœurs et confrères salariés. Dernière remarque, il nous faut remarquer qu'en fine l'article L.491-2 dispose que le Conseil de l'Ordre « [...] *peut être consulté par le ministre chargé de la santé, notamment sur les questions relatives à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute* ». Comme l'indique le dictionnaire Le grand Robert de la langue française, « peut » suivi d'un verbe employer à l'infinitif indique qu'il s'agit d'un « auxiliaire d'aspect », servant à exprimer la modalité du possible (→ Possibilité) avec diverses extensions (déjà présentes en ancien français) telles que l'hypothèse. Cette consultation sera donc hypothétique ce qui n'augure rien de bon pour l'avenir. Pour tempérer cette vision pessimiste que penser de l'emploi de l'adverbe « notamment » ? Le conseil de l'Ordre sera-t-il consulté par le ministre de la Santé sur des questions allant au-delà du strict exercice professionnel ?

En matière d'organisation, les dispositions applicables aux Conseils de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes reprennent l'essentielle de celles applicables aux professions médicales, à quelques nuances près. Ainsi, à l'article L.491-3 CSP ancien relatif aux conseils départementaux nous pouvons noter une innovation apportée par l'alinéa 3 qui dispose que « *Le médecin inspecteur départemental assiste, avec voix consultative, au conseil départemental.* ». De même, l'alinéa 4, reprenant les dispositions de l'article L.448 CSP ancien relatif à l'exercice de la profession de sages-femmes prévoit que « *Les conseils départementaux des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes peuvent tenir des réunions communes sous la présidence du président du conseil départemental de l'ordre des médecins.* » Le texte est clair, il s'agit d'une possibilité alors que pour les chirurgiens-dentistes, il leur est fait obligation de se réunir au moins deux fois par an pour étudier les questions intéressant les deux professions (article L.435 CSP ancien). L'article L.491-4 CSP ancien reprend à l'identique des dispositions déjà en vigueur pour les conseils de l'Ordre des professions médicales ou des sages-femmes.

Il en est ainsi pour la représentation des départements d'Outre-mer qui ne sont pas expressément cités dans les dispositions de la loi précitée.

Les principales nouveautés sont apportées par l'article L.491-6 CSP ancien qui a trait aux conseils régionaux. En matière de durée de mandat, alors que les conseillers régionaux médecins ou chirurgiens-dentistes sont élus pour 9 ans, la durée du mandat des conseillers régionaux masseurs-kinésithérapeutes est fixée à 6 ans. Pour ce qui est de la représentativité des différents modes d'exercice de la profession, les conseils régionaux sont composés de neuf membres titulaires (et d'autant de suppléants) dont deux masseurs-kinésithérapeutes salariés¹⁰⁸². Au sein des Conseils régionaux de l'Ordre des médecins il est prévu que si aucun médecin salarié n'a été élu la seule présence, avec voix consultative, d'un médecin salarié désigné par le Président du tribunal administratif sera suffisante. Au niveau régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, il n'y a aucune représentation de l'exercice salarié de la profession. Dernière particularité, alors que les conseillers régionaux médecins ou chirurgiens-dentistes sont élus par le biais d'un scrutin indirect (par les conseillers départementaux), les conseillers régionaux masseurs-kinésithérapeutes le seront directement par leurs pairs, à l'issue d'un scrutin uninominal à un tour, les élections des conseils départementaux et régionaux ayant lieu le même jour.

À l'issue de cette analyse on s'aperçoit que si, indéniablement, la création d'un Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes est un gage réel d'indépendance de la profession, certaines dispositions, de manière subliminale, permettent au corps médical de garder un certain pouvoir, pour ne pas dire un pouvoir certain, sur les masseurs-kinésithérapeutes. Il en est de même pour les pouvoirs publics comme le démontre l'article L.490 CSP ancien qui dispose que les règles du Code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes seront fixées par un décret en Conseil d'État pris après avis du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Alors que jusqu'alors l'initiative de la rédaction du code de déontologie revenait à la profession concernée (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes) en l'espèce l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes n'aura qu'un avis à émettre. C'est la manifestation éclatante du renforcement du pouvoir étatique. Alors que l'État en dotant une profession d'un Ordre professionnel va lui déléguer une partie de ses pouvoirs régaliens comme l'a reconnu le Conseil d'État qui a précisé que le législateur, en créant ces ordres, avait voulu faire de

¹⁰⁸² L'article L.491-6 CSP ancien en son alinéa 3 prévoit que le conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région d'Ile-de-France comprend quinze membres titulaires et quinze membres suppléants dont trois salariés titulaires et trois salariés suppléants.

l'organisation et du contrôle de l'exercice de ces professions un service public¹⁰⁸³, en s'arrogeant le droit de rédiger les normes déontologiques d'une profession ordinale, on peut dire que l'État reprend d'une main ce qu'il a donné de l'autre.

En mai 1995, Jacques Chirac est élu président de la République et Élisabeth Hubert devient une éphémère ministre de la santé cependant, grâce à sa détermination, les négociations avec les kinésithérapeutes libéraux et salariés ont permis de définir deux collèges électoraux distincts et de garantir ainsi une représentation à la minorité exerçant en établissement.

L'article 20-I de la loi du 28 mai 1996 modifiant l'article L.491-3 CSP¹⁰⁸⁴ précisant « [...] *le conseil départemental comprend une représentation distincte des masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral et des masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre salarié* » vient compléter celle du 4 février 1995.

L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ayant obtenu une reconnaissance légale, les deux syndicats représentatifs, dans l'attente des textes réglementaires d'application vont « fourbir leurs armes » pour préparer les futures élections ordinales en réalisant une vaste campagne d'information dans la presse professionnelle et en organisant de nombreux séminaires de formation à la fonction de conseiller ordinal. Mais décret et arrêtés ministériels vont tarder à être publiés. Ils ne le seront qu'en 1997.

Ce n'est qu'en 1997 que vont enfin être publiés les textes relatifs à la création d'un Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Un premier décret en date du 21 janvier 1997¹⁰⁸⁵, va fixer (chapitre I) les modalités d'organisation et de fonctionnement des différents conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes conformément aux dispositions fixées pour les élections aux conseils de l'ordre des médecins sous réserve de certaines adaptations, définies par décret, liées à la répartition des électeurs en deux collèges.

Sont seuls éligibles les masseurs-kinésithérapeutes de nationalité française, âgés de trente ans révolus et enregistrés à la préfecture depuis au moins trois ans à la date des élections. Il institue également le fonctionnement de la section disciplinaire du conseil national en

¹⁰⁸³ C.E. 2 avril 1943 – Bouguen, compétence du Conseil d'État à l'égard des ordres professionnels, source : www.conseil-etat.fr/

¹⁰⁸⁴ LOI no 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire, JORF du 29 mai 1996, p. 7912

¹⁰⁸⁵ Décret n° 97- 44 du 21 janvier 1997 relatif à l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 22 janvier 1997, p. 1089

application de l'article 9 du décret n° 59-388 du 4 mars 1959¹⁰⁸⁶ ainsi que le déroulement de la procédure disciplinaire selon les dispositions des articles 11 à 13 du décret du 26 octobre 1948¹⁰⁸⁷. Le chapitre II traite des conditions de la mise en œuvre de l'action disciplinaire contre un masseur-kinésithérapeute et le chapitre IV est consacré aux mesures transitoires relatives à la première élection des conseils départementaux et des conseils régionaux. Le texte précité impose qu'à l'expiration d'un délai d'un an suivant la date de l'élection des conseils départementaux de l'ordre, aucun masseur-kinésithérapeute ne puisse commencer à exercer la profession de masseur-kinésithérapeute s'il n'est, conformément à l'article L. 487 du code de la santé publique, inscrit au tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Dans le délai de six mois suivant la date de l'élection des conseils départementaux de l'ordre, tout masseur-kinésithérapeute en exercice devra solliciter son inscription au tableau départemental de l'ordre dans les conditions fixées par le présent décret. Jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande d'inscription, les masseurs-kinésithérapeutes ayant fait enregistrer à la préfecture leur diplôme ou leur autorisation, conformément à l'article L. 497 du code de la santé publique, pourront continuer à exercer leur activité professionnelle.

Un second décret du même jour¹⁰⁸⁸, confie aux DDASS et aux DRASS le soin d'organiser les premières élections aux conseils départementaux et régionaux conformément aux dispositions du décret 57- 994 du 28 août 1957¹⁰⁸⁹.

Le ressort des conseils régionaux étant fixé par renvoi aux dispositions réglementaires fixant le découpage des conseils régionaux de l'Ordre des médecins. Un arrêté daté du 21 janvier 1997 dispose que pour l'élection des membres exerçant à titre libéral du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, les conseils départementaux sont regroupés en sept secteurs et fixe le nombre de sièges à pourvoir dans chacun d'eux¹⁰⁹⁰.

¹⁰⁸⁶ Décret n° 59-388 du 4 mars 1959 relatives à la saisine des juridictions disciplinaires des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pharmaciens, JORF du 10 mars 1959, p.2913

¹⁰⁸⁷ Décret n°48-1671 du 26 octobre 1948 relatif au fonctionnement des conseils de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes et de la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des médecins, JORF du 29 octobre 1948, p. 10515

¹⁰⁸⁸ Décret no 97- 45 du 21 janvier 1997 relatif aux modalités des élections aux différents conseils de l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes et au ressort territorial des conseils régionaux de cet ordre, JORF n°18 du 22 janvier 1997, p. 1092

¹⁰⁸⁹ Décret n°57-994 du 28 août 1957 réglementant les modalités des élections aux différents conseils de l'Ordre des médecins et de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (élections des conseils départementaux [articles 3 à 15 et 13 à 15], élections aux conseils régionaux [articles 13, 14 et 18], élections au Conseil national [20 à 23]), JORF du 6 septembre 1957, p. 8667

¹⁰⁹⁰ Arrêté du 21 janvier 1997 portant application de l'article L. 491-4 du code de la santé publique et relatif à la détermination des secteurs pour l'élection des membres libéraux de l'ordre national des masseurs-

La création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes et plus tard celui des infirmier (e) s
*« constitue un pan du droit qui cristallise encore aujourd'hui des réserves et des oppositions venant non seulement de certains praticiens mais aussi des Pouvoirs publics. »*¹⁰⁹¹ Bernard KOUCHNER¹⁰⁹², nouveau ministre de la Santé nommé par Jacques CHIRAC¹⁰⁹³, président de la République, au lendemain des élections législatives des 25 mai et 1^{er} juin 1997 arguant du manque de fiabilité des fichiers d'enregistrement des masseurs-kinésithérapeutes va reporter sine die les élections constitutives. Cet argument est étonnant et traduit la mauvaise foi du Gouvernement en la matière car comme l'a si justement fait remarqué Louis DUBOIS, éminent juriste¹⁰⁹⁴ *« [évoquer] l'absence d'un fichier donnant la liste de tous les professionnels et permettant d'assurer la régularité de la consultation électorale. À l'ère de l'informatique triomphante on peut être quelque peu surpris par semblable déclaration ! »*

Au titre du chapitre IV relatif aux dispositions transitoires du décret n° 97 - 44, l'article 19 énonce que pour la première élection des conseils départementaux et des conseils régionaux de l'ordre seront électeurs tous les masseurs-kinésithérapeutes qui ont été enregistrés à la préfecture, conformément aux dispositions de l'article L.497 du code de la santé publique¹⁰⁹⁵,

kinésithérapeutes, JORF n°18 du 22 janvier 1997, p.1094 (1er secteur : région Ile-de-France - 3 sièges ; 2ème secteur : régions Basse-Normandie, Bretagne, Haute-Normandie, Pays de la Loire - 2 sièges ; 3ème secteur : région Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine, Nord - Pas-de-Calais, Picardie - 2 sièges ; 4ème secteur : régions Auvergne, Bourgogne, Centre, Limousin, Poitou-Charentes - 2 sièges ; 5ème secteur : régions Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur - 2 sièges ; 6ème secteur : régions Franche-Comté, Rhône-Alpes - 2 sièges ; 7ème secteur : régions: Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées - 2 sièges)

¹⁰⁹¹ DELETRAZ Martine, VIALA Georges, Actualités et variétés ordinales. Les tribulations des nouveaux Ordres (et des anciens ...), Gazette du Palais, 27 novembre 2001, n° 331, p.18

¹⁰⁹² KOUCHNER Bernard (1939 -), médecin gastro-entérologue, homme politique de sensibilité socialiste, cofondateur de Médecins sans frontières, ministre de la Santé et de l'Action humanitaire (avril 1992 – mars 1993), secrétaire d'Etat chargé de la Santé (juin 1997 – juillet 1999), ministre délégué à la Santé (février 2001 – mai 2002), ministre des Affaires étrangères et européennes (mai 2007 – novembre 2010), représentant spécial du secrétaire général de l'ONU au Kosovo (juillet 1999 – janvier 2001), député européen (juillet 1994 – juin 1997), source : <http://fr.wikipedia.org/>

¹⁰⁹³ CHIRAC Jacques (1932 -), Président de la République (mai 1995 – mai 2007) Premier ministre (juillet 1974-août 1976 [Valéry GISACARD D'ESTAING Président de la République] et mai 2002 – mai 2007 [François MIETTRAND Président de la République], Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales, chargé des problèmes de l'emploi (avril 1967 - mai 1968), secrétaire d'Etat à l'Economie et aux Finances (mai 1968 - juillet 1968), secrétaire d'Etat à l'Economie et aux Finances (juillet 1968 au juin 1969), secrétaire d'Etat auprès du Ministre de l'Économie et des Finances (juin 1969 - janvier 197), ministre délégué auprès du Premier Ministre, chargé des Relations avec le Parlement (janvier 1971 - juillet 1972), ministre de l'Agriculture et du Développement rural (juillet 1972 – février 1974), ministre de l'Intérieur (mars 1974 - mai 1974), député UDR / RPR de la 3ème circonscription de la Corrèze (mars 1967 – mai 1973 puis mars 1978 à janvier 1986 et de juin 1988 à mai 1995), maire de Paris (mars 1977 – mai 1995), source : <http://www.assemblee-nationale.fr/>

¹⁰⁹⁴ DUBOIS Louis, Elections aux conseils de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues. Report. Office des professions paramédicales, (CE 29 nov. 1999, Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, RDSS n° 4, 15 décembre 2000, p.731

¹⁰⁹⁵ CSP, article 497 « Les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues [*obligation*] sont tenus, dans le mois qui suit leur entrée en fonctions [*délai*], de faire enregistrer à la préfecture leur diplôme ou leur

à une date précédant d'au moins deux mois celle des élections. Les DDASS étant chargées de la répartition des électeurs entre les deux collèges selon le mode d'exercice des intéressés, que ceux-ci doivent déclarer sur l'honneur. En pratique, le travail de recensement des DDASS va révéler un certain nombre de dysfonctionnements et d'anomalies. Dans de nombreux départements et notamment à Paris¹⁰⁹⁶, les répertoires ADELI¹⁰⁹⁷ sont incomplets et inexacts.

Il ne nous semble pas inutile de rappeler que par le passé, et notamment lorsque les autorités de tutelle ont institué les quotas d'entrée en première année de formation, il avait été annoncé que l'exploitation des différents fichiers recensant la population des masseurs-kinésithérapeutes permettait d'établir des statistiques fiables... Ceci étant, les inexactitudes relevées vont donner LE prétexte suffisant au nouveau secrétaire d'État à la santé pour reporter sine die les premières élections du nouveau Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. La date de l'élection aux conseils départementaux et régionaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes avait été fixée au mardi 16 septembre 1997 et celle de l'élection au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes au mardi 30 décembre 1997¹⁰⁹⁸. Mais la publication de cet arrêté ministériel ne sera suivie d'aucun effet.

Encore une fois, la profession de masseur-kinésithérapeute va être la victime collatérale d'une crise politique.

autorisation. Tout changement de résidence professionnelle hors des limites du département oblige à un nouvel enregistrement. La même obligation s'impose aux personnes qui, après deux ans d'interruption, veulent reprendre l'exercice de leur profession. », version en vigueur du 26 mai 1984 au 22 juin 2000

¹⁰⁹⁶ DEROUET Antoine, La création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes : processus de professionnalisations d'un groupe professionnel, mémoire de Master 2 de sociologie, EHESS, 2008, p. 109

¹⁰⁹⁷ Répertoire ADELI (Automatisation DES Listes). Système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, d'ostéopathe, de psychothérapeute ou de chiropracteur. Il contient des informations personnelles et professionnelles (état civil – situation professionnelle – activités exercées). Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence. Le numéro ADELI figure sur la Carte de professionnel de santé (CPS) pour des professionnels relevant du code de la santé publique. Le répertoire ADELI permet principalement de gérer les listes départementales de professions réglementées par le code de la santé publique, le code de l'action sociale et des familles et celles des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, d'ostéopathe, de psychothérapeute ou de chiropracteur. Il permet également d'attribuer la carte de professionnel de santé (CPS) aux professionnels relevant du code de la santé publique. La CPS permet aux praticiens libéraux du secteur de la santé la télétransmission des feuilles de soins, et aux professionnels la lecture des cartes Vitale des patients et d'élaborer des statistiques permettant la fixation des quotas d'entrée dans les écoles de formation et une meilleure planification de l'évolution démographique des professions relevant du code de la santé publique. Subsidiairement, il sert à informer les professionnels pour la recherche d'un lieu d'implantation, sur les politiques de prévention à mettre en œuvre ou sur de nouveaux traitements, les risques sanitaires. enfin, il permet de contacter ces professionnels de santé en cas d'urgence et de mettre en place des dispositifs de défense civile et de protection sanitaire des populations civiles. source : <http://www.sante.gouv.fr/repertoire-adeli.html>

¹⁰⁹⁸ Arrêté du 27 mai 1997 fixant la date des élections aux conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 31 mai 1997, p. 8476

C. Report sine die des premières élections : une mesure purement idéologique

α. Comme par le passé, une instabilité politique fatale à l'avènement de l'Ordre

Souvenons-nous qu'en 1937, déjà, un premier projet d'organisation de la profession fut laissé en déshérence sur le bureau du Parlement à cause de l'instabilité politique à l'époque du Front populaire¹⁰⁹⁹ (démission du Gouvernement présidé par Léon BLUM¹¹⁰⁰ le 22 juin 1937) et que dans les années 1980, les changements de majorité politique du pays empêchèrent la concrétisation des différentes tentatives de création d'un Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. En l'espèce, confronté à une très vive opposition politique et une non moins grande désaffection de ses électeurs, le président de la République a pris le 21 avril 1997 la décision de dissoudre l'Assemblée nationale¹¹⁰¹ pensant qu'en provoquant des élections législatives anticipées, le sort des urnes lui serait favorable et lui permettrait de disposer d'une majorité parlementaire plus solide². Malheureusement pour lui, c'est l'inverse qui va se produire. Au lendemain des élections législatives des 25 mai et 1^{er} juin, les partis de gauche se retrouvent majoritaires à l'Assemblée. Un nouveau gouvernement est constitué avec à sa tête Monsieur Lionel JOSPIN, Premier ministre. Bernard Kouchner¹¹⁰² est nommé secrétaire d'État chargé de la Santé auprès du ministre de l'Emploi et de la Solidarité.

Au mois de février 2001, il deviendra ministre délégué à la Santé. Comme l'a déclaré Alain POIRIER, membre dirigeant de la FFMKR, en relation avec le cabinet du ministre de la santé et qui est incontestablement LA référence en matière ordinaire « *C'est Kouchner qui a tout*

¹⁰⁹⁹ Front populaire : coalition des trois principaux partis de la gauche, la SFIO, le parti radical-socialiste, et le parti communiste (qui tout en soutenant les deux partis précédents ne participa pas directement au gouvernement) gouverna la France de 1936 à 1938. Source : <http://www2.assemblee-nationale.fr/>

¹¹⁰⁰ BLUM Léon (1872 -1950), Auditeur, maître des requêtes au Conseil d'Etat (1895- 1920), membre dirigeant de la section française de l'internationale socialiste qui deviendra le parti socialiste après le congrès de Tours en 1920 qui vit la scission avec le parti communiste. Député socialiste de la 2^{ème} circonscription de la Seine (1919-1928), de la 1^{ère} circonscription de l'Aude (1929-1942), Président du Conseil (juin 1936- 22 juin 1937), Vice-président du Conseil du (juin 1937-janvier 1938), Président du Conseil et ministre du trésor (mars -avril 1938), Président du gouvernement provisoire et ministre des affaires étrangères (décembre 1946-janvier 1947), Vice-président du Conseil (juillet-septembre 1948). Source : <http://www.assemblee-nationale.fr/>

¹¹⁰¹ Décret du 21 avril 1997 portant dissolution de l'Assemblée nationale, JORF n°94 du 22 avril 1997, p. 6067

¹¹⁰² KOUCHNER Bernard, (1939 -), Médecin, militant de l'action humanitaire, cofondateur de Médecins sans frontières et de Médecins du monde, Ministre de la Santé et de l'Action humanitaire (avril 1992 - mars 1993), Secrétaire d'Etat chargé de la Santé (juin 1997 – juillet 1999), Ministre délégué à la Santé (février 2001 – mai 2002), Député européen (juillet 1994 – juin 1997), Représentant spécial du secrétaire général de l'ONU au Kosovo (juillet 1999 - janvier 2001). Plus tard, il sera Ministre des Affaires étrangères et européennes dans le Gouvernement dirigé par François Fillon, Premier ministre (Nicolas SARKOZY, Président de la République), ce qui lui vaudra d'être exclu du Parti socialiste

bloqué par pure idéologie. Kouchner en est resté au stade où les ordres médicaux ont le péché originel de Vichy »¹¹⁰³.

Le Gouvernement est présenté aux Françaises et aux Français le 2 juin 1997. Quelques semaines plus tard, le 15 juillet 1997, le secrétaire d'État chargé de la Santé publie un arrêté¹¹⁰⁴ qui abroge l'arrêté du 27 mai 1997 fixant la date des élections aux conseils départementaux et régionaux et au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. In fine, le texte précise qu'« [...] Un arrêté fixera ultérieurement la date desdites élections. » En fait, ces élections vont être reportées sine die. Il faudra attendre pratiquement dix ans, pour qu'un nouveau changement de majorité permette enfin à ce long et mouvementé feuilleton de trouver sa conclusion. Pourtant, dès la publication de l'arrêté incriminé, la FFMKR s'était pourvue devant le Conseil d'État contre le refus implicite opposé par le ministre de l'Emploi et de la Solidarité¹¹⁰⁵ de fixer les dates des élections ordinaires.

β. Un Gouvernement qui méprise une décision de justice par un moyen dilatoire

Pour justifier sa décision, le ministre avançait comme argument que « *l'administration a, à la demande de confédérations syndicales représentatives des professionnels de santé, engagé une réflexion sur l'éventuelle création d'un organisme commun aux professions paramédicales qui remplirait certaines des fonctions dévolues aux ordres professionnelles pour l'ensemble des auxiliaires médicaux et qu'elle a différé l'organisation des élections en cause jusqu'à l'aboutissement de la concertation sur cette réforme* ». La Haute assemblée rejeta ces arguments considérant « *qu'un tel motif ne saurait légalement justifier l'ajournement de la mise en place d'un ordre professionnel institué par le législateur ; que par suite il y a lieu d'annuler les décisions implicites de refus du ministre de l'Emploi et de la Solidarité de fixer les dates des élections aux conseils départementaux, régionaux et national des masseurs-kinésithérapeutes. [Le Conseil d'État.] a décidé qu'une astreinte de 1 000 F par*

¹¹⁰³ DEROUET Antoine, dans son mémoire précité rapporte cette citation (p. 109, note de bas de page n° 19) en rappelant que son auteur, Alain Poirier partage les idées politiques du nouveau Gouvernement ayant été maire socialiste de sa commune (Chalonnes-sur-Loire 49290) de 1977 à 1995

¹¹⁰⁴ Arrêté du 15 juillet 1997 modifiant l'arrêté du 27 mai 1997 fixant la date des élections aux conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 24 juillet 1997, p. 11075

¹¹⁰⁵ AUBRY Martine, (1950 -), Maître des requêtes au Conseil d'Etat, députée socialiste de la 5ème circonscription du Nord (06-07 1997), ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (mai 1991 – avril 1992), ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (avril 1992 - mars 1993), ministre de l'emploi et de la solidarité (juin 1997 – octobre 2000). Maire de Lille depuis mars 2001.

jour de retard était prononcée à l'encontre de l'État, s'il ne justifiait pas avoir exécuté sa décision dans les quatre mois suivant sa notification. »¹¹⁰⁶.

La ministre méprisant la décision de la haute cour administrative en faisant preuve d'une totale inertie, sur le fondement de l'article 6-1 de la loi n° 80-539 du 16 juillet 1980, créé par l'article 77 de la loi n° 95-125 du 8 juin 1995¹¹⁰⁷, les requérants obtiendront que le Conseil d'État dès lors qu'il règle un litige au fond par une décision impliquant « une mesure d'exécution dans un sens déterminé » prescrive une mesure en ce sens et assortisse sa décision d'une astreinte à compter de la date qu'il détermine¹¹⁰⁸. L'astreinte fut liquidée par un deuxième arrêt en date du 28 février 2001¹¹⁰⁹ « *[considérant que] par une décision du 29 novembre 1999, le Conseil d'État statuant au contentieux a décidé qu'une astreinte était prononcée à l'encontre de l'État si le ministre de l'emploi et de la solidarité ne justifiait pas avoir, dans les quatre mois suivant la notification de cette décision, fixé les dates des élections aux conseils départementaux et régionaux ainsi qu'au conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et jusqu'à la date d'exécution de cette décision ; que, par la même décision, le taux de cette astreinte a été fixé à 1 000 F (150 euros) par jour [...] Considérant que la décision susmentionnée du Conseil d'État a été notifiée au ministre de l'emploi et de la solidarité le 21 décembre 1999 ; qu'à la date du 5 février 2001, le ministre n'avait pas communiqué au secrétariat du contentieux du Conseil d'État copie des actes justifiant des mesures prises pour exécuter cette décision et devait, dès lors, être regardé à cette date comme ne l'ayant pas exécutée ; qu'il y a lieu, dès lors, de procéder à la liquidation provisoire de l'astreinte pour la période du 22 avril inclus au 5 février 2001 inclus, au taux de 1 000 F par jour, soit 290 000 F (44 210 euros). [...] L'État est condamné à verser à la Fédération Française des masseurs-kinésithérapeutes la somme de 145 000 F (22 105 euros), et à messieurs [...] la somme de 16 111 F (2 456 euros) chacun. »*

¹¹⁰⁶ C.E., FFMKR, M. Aupetit et autres, 29 novembre 1999, n° 205476, publié au recueil Lebon

¹¹⁰⁷ Loi n° 80-539 du 16 juillet 1980 relative aux astreintes prononcées en matière administrative et à l'exécution des jugements par les personnes morales de droit public, article 6-1 « *Lorsqu'il règle un litige au fond par une décision qui implique nécessairement une mesure d'exécution dans un sens déterminé, le Conseil d'État, saisi de conclusions en ce sens, prescrit cette mesure et peut assortir sa décision d'une astreinte à compter d'une date qu'il détermine. Lorsqu'il règle un litige au fond par une décision qui implique nécessairement qu'une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public doit à nouveau se prononcer après une nouvelle instruction, le Conseil d'État, saisi de conclusions en ce sens, prescrit que cette nouvelle décision doit intervenir dans un délai déterminé, qu'il peut assortir d'une astreinte prenant effet à la date qu'il fixe.* » A^{brogé} par l'article 4 de l'Ordonnance 2000-387 du 4 mai 2000, en vigueur au 1er janvier 2001

¹¹⁰⁸ DELETRAZ Martine, VIALA Georges, Actualités et variétés ordinales, Gazette du Palais, 27 novembre 2001, n° 331, p.18

¹¹⁰⁹ C.E., FFMKR, M. Aupetit et autres, 28 février 2001, n° 209474, publié au recueil Lebon

Figée dans sa posture dogmatique, la ministre de l'Emploi et de la Solidarité restera inflexible. Au cours de la 11^e législature, entre les mois de juillet 1997 et juin 2002, ce ne sont pas moins de 111 questions qui vont lui être posées par les sénateurs et 71 par les députés¹¹¹⁰.

Dans un premier temps aux parlementaires qui s'interrogent sur le report sine die des élections le Gouvernement va mettre en avant la réflexion engagée au sujet de la réforme de l'institution ordinaire telle qu'elle existe pour les professions médicales et le fait qu'il semblerait que les professionnels salariés y soient opposés *« Les services de la ministre de l'emploi et de la solidarité suivent les dossiers concernant les créations d'ordre professionnel avec une particulière attention. Actuellement, seules les professions médicales - médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ainsi que les pharmaciens, ont un ordre professionnel installé. Certaines professions paramédicales ont des représentants qui réclament la mise en place d'un ordre professionnel. Cette demande ne fait toutefois pas l'unanimité au sein de ces professions et, bien au contraire, divise les professionnels libéraux et les professionnels salariés. Par ailleurs, les ordres existants ont entamé une réflexion sur leurs missions et le service à rendre aux usagers. Ce n'est qu'au vu de cette réflexion et qu'au terme d'une concertation avec l'ensemble des professionnels concernés qu'il pourrait être envisagé d'étendre les ordres aux autres professions de santé. »*¹¹¹¹

L'arrêt du Conseil d'État du 3 novembre 1999, va permettre aux députés et aux sénateurs d'étayer leur raisonnement sur le respect de cette décision qui *« enjoint au Gouvernement de mettre en place, dans les plus brefs délais, le conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes institué par la loi du 4 février 1995, codifiée aux articles L. 491-1 et suivants du code de la santé publique »* et sur l'absolue nécessité de responsabiliser les professions paramédicales par la création d'un conseil de l'Ordre qui, de plus, permettrait la rédaction d'un code de déontologie¹¹¹².

La ministre pour toute réponse fait valoir que si la loi du 4 février 1995 portant diverses mesures d'ordre social a prévu la création d'un ordre des masseurs-kinésithérapeutes

¹¹¹⁰ On peut expliquer ce différentiel par le fait que la majorité du Sénat qui se situait à l'époque à la droite de l'échiquier politique était dans l'opposition alors que l'Assemblée nationale avait une majorité composée de la « Gauche plurielle [socialiste, communiste et écologiste]» favorable au Gouvernement.

¹¹¹¹ Question n° 950 de monsieur Taittinger Frantz (RPR - Hauts-de-Seine), QE, Ministère interrogé: emploi et solidarité, Question publiée au JO le : 02/02/1998 page : 514, Réponse publiée au JO le : 13/04/1998 page : 2123 (professions de santé / ordre professionnel / masseurs-kinésithérapeutes. élections)

¹¹¹² Par exemple, en la matière : Question N° : 44705 de monsieur Blanc Jacques (Démocratie libérale et indépendants - Lozère), QE, Ministère interrogé : emploi et solidarité, Question publiée au JO le : 10/04/2000 page : 2289, Réponse publiée au JO le : 22/05/2000 page : 3137, source : Assemblée Nationale

« l'opposition des professionnels salariés quant à la mise en place de cette structure et [...] la non-exhaustivité du fichier d'enregistrement des professionnels remettant en cause la régularité de la constitution du corps électoral et partant, la validité des élections aux conseils de l'ordre, celles-ci n'ont pas été organisées. » et que bien avant la décision du Conseil d'État « [...] la ministre de l'emploi et de la solidarité et la secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale avaient décidé de donner suite à la proposition de création d'un office des professions paramédicales qui serait chargé de proposer des règles professionnelles pour ces professions, de veiller à leur respect et de diffuser des règles de bonnes pratiques paramédicales ». Par ailleurs, elle rappelle aux parlementaires qu'étant dans l'attente du rapport qu'elle a commandé en l'espèce à Monsieur Philippe Nauche¹¹¹³, député de la Corrèze, ce n'est qu'après en avoir pris connaissance que seront prises les décisions nécessaires.

δ. Un succédané de l'Ordre : la création d'une instance professionnelle commune à différentes professions libérales

Au mois de juin 2000, Monsieur Philippe NAUCHE va remettre son rapport au Premier ministre. Avoir confié la rédaction d'un tel rapport à un médecin hospitalier socialiste de surcroît ne laissait planer aucun doute sur les conclusions dudit rapport d'autant plus qu'un de ses fondements, rappelé par le Premier ministre dans sa lettre de mission¹¹¹⁴, est un précédent rapport sur l'exercice libéral des professions paramédicales commandé à Madame Anne-Marie BROCAS par Martine AUBRY ministre de l'Emploi et de la Solidarité¹¹¹⁵ préconisait la création d'un office interprofessionnel des professions paramédicales qui, en plus des missions traditionnellement dévolues aux ordres, serait doté de compétences en matière de bonnes pratiques professionnelles. Lorsqu'on prend connaissance de la mission qui était confiée au député de la Corrèze, on se rend compte que l'unique volonté du Gouvernement était la création « [...] sur la base de cette proposition [...] d'une instance professionnelle pour les professions paramédicales [en s'attachant] à définir les compétences qui pourraient

¹¹¹³ NAUCHE Philippe, (1957 -), médecin hospitalier, député de la 2ème circonscription de la Corrèze (1997 – 2002 et depuis 2007), Rapport sur la création d'un office des professions paramédicales : rapport remis au Premier ministre, au Ministre de l'emploi et de la solidarité, au Secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, juin 2000, source : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/>

¹¹¹⁴ Lionel JOSPIN, Premier ministre à Philippe NAUCHE, 27 septembre 1999, n° 1028/99/SG

¹¹¹⁵ BROCAS Anne-Marie, CUVILLIER Nathalie, DEUXDENIERS Marie-Line, Rapport sur l'exercice libéral des professions paramédicales : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, décembre 1998, source : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/>

être dévolues à une telle structure [tenant] compte des différences de situation entre les professionnels salariés et libéraux et de rechercher avec eux les éléments d'une solution consensuelle ». Comme on pouvait s'y attendre, le rapport préconise la création d'un Office des professions paramédical national et régional présenté comme une mesure rationnelle pour réaliser les objectifs fixés, à savoir des règles communes, une représentation nationale et régionale des professions, la promotion de la qualité du service rendu tout en permettant une représentation collégiale et unifiée des professionnels paramédicaux.

Au premier trimestre de l'année 2002, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹¹¹⁶ va créer un Conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue, orthophoniste et orthoptiste. Alors que onze professions paramédicales sont inscrites dans le Code de la santé publique¹¹¹⁷, seules cinq professions paramédicales vont être organisées en un seul et même conseil. Ce Conseil ne concernant que les professionnels paramédicaux exerçant à titre libéral, on peut comprendre que les professions paramédicales dont l'exercice est très majoritairement salarié, comme les manipulateurs d'électroradiologie ou les psychomotriciens n'aient pas été intégrées à ce groupe. Mais pourquoi avoir ignoré les audioprothésistes, les opticiens lunetiers ou encore les diététiciens ?

L'article 71 de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé va insérer dans la quatrième partie du CSP, au livre III, un titre IX relatif à l'organisation de certaines professions paramédicales. Le chapitre I^{er} contient les dispositions instituant le Conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue, orthophoniste et orthoptiste. Ce conseil, doté de la personnalité morale, groupera obligatoirement les personnes exerçant en France, à titre libéral, les professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue, orthophoniste et orthoptiste (art. L. 4391-1). Destiné à contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins dispensés par ses membres (art. L. 4391-2), il lui sera confié la mission de procéder à l'évaluation des pratiques professionnelles, à l'élaboration, à la diffusion et au

¹¹¹⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article n° 71, JORF du 5 mars 2002, p. 4118

¹¹¹⁷ Code de la santé publique, 4ème partie, Livre III, Auxiliaires médicaux : Infirmier(ère) (article L. 4311-1 et s.), Masseur-Kinésithérapeute (article L. 4321-1 et s.), Pédicure-Podologue (article L. 4322-1 et s.), Ergothérapeute (article L. 4331-1 et s.), Psychomotricien (article L. 4332-1 et s.), Orthophoniste (article L. 4341-1 et s.), Orthoptiste (article L. 4342-1 et s.), Manipulateur d'électroradiologie médicale (article L. 4351-1 et s.), Audioprothésiste (article L. 4361-1 et s.), Opticien-lunetier (article L. 4362-1 et s.), Diététicien (article L. 4371-1 et s.),

respect des règles de bonnes pratiques paramédicales et de veiller au maintien des connaissances professionnelles. À ce titre, l'assemblée interprofessionnelle nationale devra rédiger un rapport sur les conditions de formation continue des membres des professions relevant du conseil. Il devra également assurer l'information de ses membres et des usagers du système de santé et veiller à la protection de ces derniers en contrôlant l'exercice libéral de la profession. À cet effet, il veille au respect, par ses membres, des principes de moralité, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la profession, ainsi qu'à l'observation de leurs droits et devoirs professionnels et des règles prévues par le code de déontologie mentionné à l'article L. 4398-1¹¹¹⁸.

Cette structure voulue unitaire va s'avérer très complexe. Ainsi, au niveau régional chaque profession est représentée par un collège devant statuer sur l'inscription au tableau, exercer une mission de conciliation et veiller à la formation continue. Composée de cinq sections, la chambre disciplinaire détient le pouvoir en la matière. Une assemblée interprofessionnelle régionale chargée de coordonner l'activité des différents collèges représentera les membres du conseil auprès des autorités régionales. Ce schéma tripartite est reproduit au niveau national. L'assemblée interprofessionnelle nationale, auprès de laquelle chaque profession est représentée par un collège est l'interlocuteur des pouvoirs public. La chambre disciplinaire est la juridiction d'appel et un code de déontologie sera édicté par décret en Conseil d'État¹¹¹⁹. Les membres des instances régionales et nationales du conseil seront élus pour cinq ans, par collège électoral défini par profession, par les personnes exerçant à titre libéral et inscrites au tableau du conseil. Il en sera de même pour les membres suppléants. Pour être éligibles il est impératif d'être inscrit sur le tableau du conseil depuis trois ans au moins et de posséder la nationalité française pour être élu membre des chambres disciplinaires. Pour élargir la base des conseillers élus, il est prévu qu'aucune liste de candidats à l'élection à l'assemblée interprofessionnelle ne pourra comporter plus de 50 % de candidats inscrits sur l'une des listes de candidats à l'élection aux collèges professionnels. En cas de carence de membres suppléants des élections complémentaires devront être organisées, les membres ainsi élus restant en fonction jusqu'à la date à laquelle aurait expiré le mandat de ceux qu'ils

¹¹¹⁸ CSP, article L.4398-1 « Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'assemblée interprofessionnelle nationale et des collèges professionnels nationaux, fixe les règles du code de déontologie applicables aux membres des professions qui en relèvent en tenant compte des spécificités de l'exercice de chacune d'entre elles. » En vigueur du 5 mars 2002 au 27 décembre 2006, Abrogé par la loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers,

¹¹¹⁹ DUBOUIS Louis, Organisation des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste exerçant à titre libéral (L. n° 2002-303 du 4 mars 2002, RDSS, n°2, 14 juin 2002, p. 258

remplacent. Au sein de chaque collège professionnel, les membres élus éliront, en leur sein, pour cinq ans, le président de leur collège. Les membres de chaque assemblée interprofessionnelle éliront pour une durée d'un an un président, de manière à ce que chacune des professions composant le conseil accède à la présidence au cours du mandat de cinq ans, sauf si une majorité qualifiée se dégage, après accord de chaque collège professionnel national, pour renouveler le mandat du président en fonction.

Le Gouvernement, vraisemblablement au nom de la paix sociale au sein de la fonction publique hospitalière, ayant considéré que les professionnels paramédicaux salariés étant suffisamment encadrés au sein des différentes structures de soins établissements de santé, conformément aux recommandations exprimées par le Premier ministre, c'est sans étonnement qu'on découvre que seuls les professionnels libéraux seront concernés par ces dispositions. Pourtant, Philippe NAUCHE en conclusion de son travail avait souligné l'importance de « *la nécessité de donner aux libéraux et aux salariés une instance commune, car même si selon leur mode d'exercice les professionnels ne sont pas soumis aux mêmes contraintes, ils exercent le même métier, doivent respecter les mêmes règles déontologiques, ont des pratiques communes* ». Au niveau régional le Conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue, orthophoniste et orthoptiste sera composé de collèges professionnels, d'une assemblée interprofessionnelle et d'une chambre disciplinaire de première instance et, au niveau national, d'une assemblée interprofessionnelle, de collèges professionnels et d'une chambre disciplinaire d'appel. Le président de l'assemblée interprofessionnelle nationale présidera le conseil et le représentera dans tous les actes de la vie civile. Il pourra déléguer ses pouvoirs à un ou plusieurs membres de l'assemblée interprofessionnelle nationale et, pour les questions relevant de l'organisation au niveau régional, à un ou plusieurs membres de l'assemblée interprofessionnelle régionale. Le texte a prévu des incompatibilités entre les fonctions de président ou de direction par délégation du président de l'une des instances du conseil avec la présidence d'un syndicat ou association professionnels.

Ce Conseil des professions paramédicales aura eu une existence éphémère¹¹²⁰ et même virtuelle pourrions-nous dire car les élections de ses membres ne furent jamais organisées... peut-être à cause de la désorganisation des fichiers des professionnels libéraux alléguée par la

¹¹²⁰ POUJADE Bernard, Les évolutions récentes de la profession de masseur-kinésithérapeute, Gazette du Palais, 20 juin 2009 n° 171, P. 32

ministre de l'Emploi et de la Solidarité et son secrétaire d'État ! Pas de membres, pas de réunion.

Une nouvelle fois, une échéance électorale va infléchir le cours de l'histoire mouvementée de la création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

3. 2004 : L'aboutissement de la quête du Graal des masseurs-kinésithérapeutes

Les 21 avril et 5 mai 2002 ont lieu les élections présidentielles. Jacques CHIRAC va être réélu à une majorité écrasante¹¹²¹. Les instances syndicales vont reprendre leur bâton de pèlerin pour enfin obtenir la concrétisation de leurs efforts, le nouveau ministre de la santé Jean-François MATTEI¹¹²² ayant déclaré être en faveur de la création d'un Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

C'est à l'occasion de la discussion du projet de loi relatif à la santé publique¹¹²³ que fidèle à ses engagements, le ministre de la santé défendra ce projet en déclarant que « *l'amendement 559 vise à satisfaire un engagement pris envers les masseurs-kinésithérapeutes : celui de créer un ordre national de cette profession.* »

A. Une nouvelle alternance politique à l'origine de l'institution de l'Ordre des masseurs –kinésithérapeutes

C'est à l'occasion de la discussion du projet de loi relatif à la santé publique que fidèle à ses engagements, le ministre de la santé défendra ce projet en déclarant que « l'amendement 559 vise à satisfaire un engagement pris envers les masseurs-kinésithérapeutes : celui de créer un ordre national de cette profession. » Comme on pouvait s'y attendre le groupe socialiste arc-bouté sur le maintien du Conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue, orthophoniste et orthoptiste, par la voix de Madame Catherine

¹¹²¹ Profitant d'un climat politique délétère, le candidat du Front National (parti d'extrême droite) Jean-Marie LE PEN arriva second avec 16,86% des voix devançant de quelques points le Premier ministre sortant, candidat du Parti Socialiste, Lionel JOSPIN qui totalisait 16,18% de suffrages, Jacques CHIRAC ayant pour sa part réalisé un score de 19,88%. Au second tour, pour la première fois, pourrait-on dire, les françaises et les français vont voter « utile ». Bénéficiant d'un front républicain qui s'est spontanément créé, Jacques CHIRAC va être réélu avec 82,81 % des suffrages, Jean-Marie LE PEN n'obtenant que 17,79%. à la suite de cette élection, les élections législatives organisées les 9 et 16 juin 2002, le Président de la République va pouvoir bénéficier d'une large majorité qui lui sera favorable (365 députés sur 585 / 356 députés UMP et 9 apparentés).

¹¹²² MATTEI Jean-François (1943 -), professeur de médecine, député UMP de la 2e circonscription des Bouches-du-Rhône (décembre 1989 – juin 2002), ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées (mai 2002 –mars 2004). Sa gestion de l'épisode caniculaire de l'été 2003

¹¹²³ Projet de loi relatif à la politique de santé publique, Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, en première lecture, n° 19 (2003-2004), déposé le 14 octobre 2003

GENISSON¹¹²⁴, va s'opposer à cet amendement en émettant des doutes « *sur la compatibilité entre la création de cet ordre et l'existence du Conseil des professions paramédicales* ». Pour les députés de l'opposition ledit conseil est paré de toutes les vertus. Il regroupe les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes, les orthophonistes et les pédicures-podologues exerçant à titre libéral. Il a pour mission de développer les bonnes pratiques, de veiller à la qualité des soins et au respect des règles déontologiques. L'inscription à son tableau constitue une des conditions d'accès à l'exercice libéral de chacune de ces professions gage de garantie de compétence pour les usagers. Mettant en avant que les professions paramédicales se sont profondément transformées pour mieux répondre aux besoins de la population et de s'adapter à l'évolution des connaissances scientifiques, la création de ce conseil des professions paramédicales a été en cela justifiée. Un conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes isolerait cette profession en empêchant les rencontres interprofessionnelles à l'heure où se développe le travail en réseaux. Et, ultime argument développé « [...] *sa création ouvrirait la porte à d'autres demandes semblables, émanant d'autres professions paramédicales [...] le Conseil serait alors vidé de sa substance [...]*. » Le ministre devra également faire face au scepticisme de certains de ses amis politiques comme le rapporteur du projet Monsieur Jean-Michel DUBERNARD¹¹²⁵ qui se demandait si cet amendement avait bien sa place dans ce projet de loi.

Pour convaincre ses interlocuteurs, le ministre va prendre l'engagement que le Conseil interprofessionnel des professions paramédicales, institué par la loi du 4 mars 2002 ne sera pas supprimé, ni même exclure les masseurs-kinésithérapeutes du volet interprofessionnel de ce conseil mais après avoir habilement souligné que ce Conseil présente le grave défaut de ne regrouper que les professionnels libéraux de cinq professions seulement, il laisse entrevoir l'intégration prochaine dans ce conseil « [...] *des douze ou quatorze professions paramédicales existantes [...]* ». Pour lui, un Ordre des masseurs-kinésithérapeutes est la conséquence de l'évolution de cette profession qui est « [...] *de plus en plus souvent habilitée à établir des bilans diagnostiques et à faire des suggestions pour la prise en charge des patients [...]* » et permettra une « [...] *approche commune en unifiant celle des masseurs-kinésithérapeutes, qu'ils exercent dans les hôpitaux ou à titre libéral, car ils assument de plus en plus de responsabilités dans le diagnostic et dans la thérapeutique.* » Lors de la discussion,

¹¹²⁴ GENISSON Catherine (1949 -), médecin-anesthésiste, député socialiste de la 2ème circonscription du Pas de Calais (1997 – 2011) , sénatrice du Pas de Calais (depuis 2011)

¹¹²⁵ DUBERNARD Jean-Michel (1941 -), Chirurgien des Hôpitaux de Lyon et professeur des Universités, député UMP de la 3ème circonscription du Rhône (mars 1986 – décembre 1990 & mars 1993 – juin 2007),

la « récréation » d'un Ordre des pédicures-podologues va être abordée comme le sera également la représentation des professionnels paramédicaux exerçant en secteur hospitalier. Un autre sujet sera évoqué la nécessité de constituer des unions régionales de professionnels paramédicaux, à l'image des Unions régionales de médecins libéraux (URML)¹¹²⁶, préfigurant en cela la création, quelques années plus tard, des Unions régionales de professionnels de santé (URPMS)¹¹²⁷.

Le projet de loi relatif à la santé publique (article 55 : articles L. 4321-10, 4321-13 à 4321-21 du code de la santé publique)¹¹²⁸ sera adopté en première lecture le 14 octobre 2013. Par rapport au projet initial, quelques corrections auront été apportées notamment par le Sénat qui, à l'initiative du gouvernement » [...] *a adopté une série de modifications d'ordre rédactionnel, de cohérence et de rectification d'erreurs matérielles et apporté trois précisions [...]* ». La première est d'une singulière importance puisque l'article L. 4321-14 CSP précise désormais que l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes assure la défense l'honneur et **de l'indépendance** de la profession. Cette disposition est semblable aux textes en vigueur s'agissant des autres ordres. Initialement, la rédaction de l'article L. 4321-15 CSP précisait qu'un représentant du ministre chargé de la santé et un représentant du ministère chargé de la Sécurité sociale siègeraient avec voix consultative au Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. La nouvelle mouture du texte a supprimé la présence du représentant du ministère chargé de la Sécurité sociale. En cohérence avec cette modification, la présence de représentants du ministre chargé de la santé et du service médical de l'assurance maladie appelés à siéger au sein du conseil départemental a été également supprimée.

L'épisode caniculaire de l'été 2003 qui fut à l'origine d'une surmortalité importante des personnes âgées notamment à Paris va écourter la carrière ministérielle de Jean-François MATTEI dont la gestion de cette crise fut très critiquée¹¹²⁹ mais la machine étant relancée,

¹¹²⁶ Décret n°93-1302 du 14 décembre 1993 relatif aux Unions régionales de médecins exerçant à titre libérale (URML), JORF du 15 décembre 1993, p. 17399

¹¹²⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 123, JORF du 22 juillet 2009, p. 12184 ; Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé, JORF du 3 juin 2010, p. 10113

¹¹²⁸ Assemblée, nationale, Projet de loi relatif à la santé publique adopté en 1ère lecture, texte n° 192, 2ème séance, mardi 14 octobre 2003

¹¹²⁹ ABENHAÏM Lucien, Canicule: la santé publique en question, Fayard, novembre 2003

son successeur¹¹³⁰ quoique beaucoup moins favorable comme nous l'avons évoqué précédemment à la création d'une telle institution pour les masseurs-kinésithérapeutes ne s'y opposera pas.

Le Sénat, après quelques corrections suggérées par le Gouvernement adoptera le texte le 19 janvier 2004¹¹³¹, l'assemblée nationale va en faire de même le 27 avril 2004¹¹³². Cependant, en deuxième lecture, le 9 juillet 2004¹¹³³, le Sénat va apporter une ultime modification en adoptant un amendement gouvernemental visant à modifier le Code de la Sécurité sociale. Le nouveau ministre de la santé va proposer aux sénateurs de mettre en adéquation certaines dispositions du Code de la Sécurité sociale avec le projet de loi relatif à la politique de santé publique visant à rétablir le conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Après avoir rappelé que certaines compétences relatives au contentieux du contrôle technique de la Sécurité sociale (article L.145-5-1 CSS) avaient été attribuées au conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue, orthophoniste et orthoptiste par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, à bon droit ces dernières doivent revenir à l'ordre rétabli, pour ce qui concerne la profession de masseur-kinésithérapeute. L'amendement n° 60 va être adopté mettant ainsi à mal une des prérogatives du conseil « de certaines professions paramédicales exerçant à titre libéral » !

L'article 109 de la loi 2004-806 en créant des sections des assurances sociales exclusivement composés de masseurs-kinésithérapeutes renforce l'indépendance de la profession par rapport au pouvoir médical car auparavant à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux « [...] *les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux* [...] » étaient soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des conseils régionaux de l'Ordre des médecins dite « section des

¹¹³⁰ DOUSTE-BLAZY Philippe (1953 -), médecin cardiologue, Professeur des Universités, député UDF de la deuxième circonscription des Hautes-Pyrénées (mars 1993 – mai 1993 & juin 1997 - avril 2001), député UMP de la première circonscription de la Haute-Garonne (avril 2001 - 30 avril 2004), Ministre délégué à la Santé (mars 1993 - mai 1995), Ministre de la Culture (mai 1995 - juin 1997), Ministre de la Santé et de la Protection sociale du 31 mars 2004 au 29 novembre 2004 puis Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille jusqu'au 31 mai 2005, Ministre des Affaires étrangères (2 juin 2005 - 15 mai 2007),

¹¹³¹ Sénat, projet de loi de santé publique, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, n° 19 (2003-2004) , déposé le 14 octobre 2003, texte adopté le lundi 19 avril 2004, n° 42 (2003-2004)

¹¹³² Assemblée nationale, texte adopté n° 280 : Projet de loi, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale, en deuxième lecture, 3è séance du mardi 27 avril 2004

¹¹³³ Sénat, projet de loi de santé publique, Projet de loi, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, n° 278 (2003-2004), déposé le 28 avril 2004, texte n° 107 (2003-2004) adopté le vendredi 9 juillet 2004.

assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ». La profession était simplement représentée par le rapporteur qui devait être masseur-kinésithérapeute. Celui-ci ayant la lourde tâche de devoir faire un compte rendu objectif et impartial des faits et lors du délibéré de proposer la sanction envisageable. Lors du vote, sa voix ne pesait pas bien lourd face à celles des trois assesseurs médecins.

Le texte déposé au sénat ayant été modifié, un passage en commission mixte paritaire s'impose ce qui sera fait le 28 juillet 2004¹¹³⁴. La loi sera définitivement votée en termes identiques par l'Assemblée nationale et le Sénat le 30 juillet 2004¹¹³⁵ créant deux nouveaux ordres professionnels, celui des masseurs-kinésithérapeutes (articles 108 & 109) et celui des pédicures-podologues (article 110).

L'article 108 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique¹¹³⁶ va profondément remanier les dispositions du CSP relatifs à l'organisation de la profession de masseur-kinésithérapeute.

B. Masseur-kinésithérapeute : organisation d'une profession ordinale

Désormais, pour pouvoir exercer légalement sa profession, tout masseur-kinésithérapeute libéral ou salarié, à l'exception de ceux qui relèvent du service des armées, devra obligatoirement faire enregistrer, sans frais, est-il précisé, son diplôme, certificat, titre ou autorisation auprès du service de l'État compétent ou de l'organisme désigné à cette fin et s'inscrire au tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (article L.4321-10), ce dernier regroupant obligatoirement tous les masseurs-kinésithérapeutes habilités à exercer leur profession en France, à l'exception des masseurs-kinésithérapeutes relevant du service de santé des armées comme nous venons de l'écrire (article L.4321-13 CSP).

Les missions imparties à l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes sont les mêmes que celles dévolues aux autres Ordres des professions médicales. Il a l'obligation de veiller au maintien des principes de moralité et de probité indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie ainsi qu'à l'observation, par tous ses membres, des droits, devoirs et obligations professionnels et des règles qui seront édictées par le futur code de déontologie. Il assure la

¹¹³⁴ Commission mixte paritaire, Projet de loi de santé publique modifié par le Sénat en deuxième lecture, n° 1729, déposé le 10 juillet 2004, réunion de la commission le 28 juillet 2004,

¹¹³⁵ Projet de loi relatif à la politique de santé publique : Assemblée nationale, 1ère séance du vendredi 30 juillet 2004, texte adopté n° 323, Titre V, Dispositions diverses, article 55 bis A ; Sénat, séance du vendredi 30 juillet 2004, texte adopté n° 119 (2003-2004) Dispositions diverses, articles 108 et 109 - Texte définitif

¹¹³⁶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF du 11 août 2004, p. 14277

défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession de masseur-kinésithérapeute ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4321-22 du même code et peut organiser toute œuvre d'entraide au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit. Le ministre de la santé pourra le consulter notamment sur les questions relatives à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute (article L.4321-14 CSP).

Pour assurer ses missions, il est organisé en trois niveaux qui épousent l'organisation territoriale à savoir un national, des échelons régionaux et départementaux. Le CNOMK est composé de membres élus parmi les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral et parmi les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre salarié ainsi que, avec voix consultative, d'un représentant du ministre chargé de la santé. Il comporte en son sein une chambre disciplinaire nationale présidée par un magistrat de la juridiction administrative. Cette dernière, qui sera saisie en appel des décisions des CDPI est composée de membres élus parmi les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral et de masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre salarié (article L.4321-15). In fine, une disposition va singulariser la procédure disciplinaire des masseurs-kinésithérapeutes par rapport à celle des professions médicales puisqu'il est expressément prévu que lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé. Ces derniers n'auront qu'un rôle consultatif. Ils pourront participer aux débats mais pas au délibéré. C'est la reconnaissance de la place de plus en plus importante acquise par les usagers du système de santé au cours des dernières décennies¹¹³⁷. Si en ce qui concerne les médecins les usagers ne sont pas « invités » à participer à la procédure disciplinaire, c'est pour la simple raison que curieusement le décret d'application n'a jamais été publié.

Au CNOMK est confiée la maîtrise absolue de la finance puisque c'est lui qui va fixer le montant de la cotisation, déterminer les quotités attribuées à chaque échelon ordinal, gérer les biens de l'Ordre. Il a la possibilité de créer ou subventionner les œuvres intéressant la profession ainsi que les œuvres d'entraide. Il a le devoir de surveiller étroitement la gestion des CDOMK.

Le CNOMK a également l'obligation de procéder à l'harmonisation des sommes allouées à chaque CDOMK pour permettre à ceux dont le ressort couvre des zones dites de « désert

¹¹³⁷ Article L.1111-1 et s. CSP (transféré par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, art. 9 JORF 5 mars 2002).

médical », donc qui n'auront que peu d'inscrit au tableau, de pouvoir assurer les missions que la loi leur a confiées (article L.4321-16 CSP).

À l'échelon régional, les CROMK assurent les fonctions de représentation de la profession dans la région et de coordination des conseils départementaux. Indépendamment des missions ordinales traditionnelles, la loi leur a attribué deux missions spécifiques. La première mission est l'organisation et la participation à des actions d'évaluation des pratiques de ces professionnels, en liaison avec le CNOMK et l'ANAES. Pour mener à bien cette mission, les CROMK ont l'obligation de faire appel à des professionnels habilités à cet effet par le CNOMK sur proposition de l'ANAES. Il nous semble intéressant de souligner que cette mission d'évaluation des pratiques professionnelles n'est pas une mission confiée à l'ordre des médecins car elle est de la compétence des URML¹¹³⁸. La seconde mission est juridictionnelle puisque les CROMK comprennent en leur sein une CDPI, présidée par un magistrat de l'ordre administratif, disposant des attributions des CDPI des ordres des professions médicales. Comme au niveau national, lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé siégeront avec voix consultatives sans toutefois participer au délibéré (article L.4321-17 CSP). La troisième mission, souvent considérée à tort comme accessoire, des CROMK est la coordination des actions entreprises par les CDOMK.

Au niveau départemental, la principale mission des CDOMK est la gestion du tableau de l'Ordre. (Article L. 4321-18 CSP). Conformément aux dispositions de l'article R.4112-2 CSP rendu applicable aux masseurs-kinésithérapeutes

La loi a également confié aux CDOMK deux missions essentielles. L'une relative à la qualité et à la sécurité des soins est la diffusion auprès de ses membres des règles de bonne pratique. L'autre est la mission de conciliation, pouvant être réalisée par un ou plusieurs des membres de la commission de conciliation que chaque CDOMK devra mettre en place en son sein. Cette procédure non contentieuse régie par les dispositions de l'article L.4123-2 CSP est obligatoirement mise en action dès qu'une plainte est portée devant le CDOMK.

¹¹³⁸ Article L.4134-4 CSP (abrogé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 123-V) « Les unions contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins. Elles participent notamment aux actions suivantes [...] b) Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins [...] » et article L.4134-5 (abrogé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 123-V) « [...] en liaison avec la Haute Autorité de santé, à l'information des médecins libéraux sur les pratiques professionnelles individuelles et collectives. Elles organisent des actions d'évaluation des pratiques de ces médecins et contribuent à la diffusion des méthodes et référentiels d'évaluation. Pour l'exercice de cette mission, les sections constituant les unions ont recours à des médecins habilités à cet effet par la Haute Autorité de santé et notamment à des experts mentionnés à l'article L. 1414-4[...]».

En cas d'échec à l'issue de la réunion de conciliation, le président du CDOMK a l'obligation de transmettre la plainte à la CDPI avec l'avis motivé du CDOMK qui, en assemblée plénière, pourra décider de s'y associer le cas échéant. Lorsque le litige met en cause un de ses membres, le conseil départemental peut demander à un autre conseil de procéder à la conciliation. Cette disposition nous semble étonnante. En effet, un des principaux reproches qui est fait à l'institution ordinale est le corporatisme. Comment peut-on être certain que la conciliation sera impartiale si elle concerne un des conseillers ordinaires ? Il nous semble que le législateur aurait été mieux inspiré en imposant la « délocalisation » de la conciliation à un autre CDOMK.

Pour pouvoir défendre l'honneur et l'indépendance de la profession, le CDOMK devra autoriser son président à ester en justice, ce qui suppose une décision votée par l'assemblée plénière. Sous le contrôle du CNOMK, il peut accepter tous dons et legs à l'ordre, transiger ou compromettre, consentir toutes aliénations ou hypothèques et à contracter tous emprunts. Les CDOMK sont dans l'obligation de respecter une stricte neutralité que ce soit sur le plan politique ou religieux. La loi a confié aux CDOMK une mission essentielle du point de vue de la qualité et de la sécurité des soins : la diffusion auprès de ses membres des règles de bonne pratique (Article L. 4321-18 CSP).

L'article 108 de la loi n° 2004-806 renvoie à un décret en Conseil d'État la composition des différents conseils, les modalités d'élection de leurs membres, les règles relatives à la représentation des professionnels dans les instances ordinaires en fonction du mode d'exercice et des usagers dans les chambres disciplinaires ainsi que l'organisation de la procédure disciplinaire préalable à la saisine des chambres disciplinaires (Art. L. 4321-20). In fine il énonce qu'un décret en Conseil d'État, pris après avis du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, fixe les règles du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Ces dispositions se limitant aux droits et devoirs déontologiques et éthiques de la profession à l'égard de ses membres, des autres professionnels de santé et à l'égard des patients (article L.4321-21 CSP).

Ce n'est qu'au début du premier trimestre 2006, que les textes, attendus avec beaucoup d'impatience par les représentants de la profession, relatifs à la composition et aux modalités d'élections des différents conseils de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes vont être enfin

publiés. Le décret n° 2006-70¹¹³⁹ va fixer la composition des différents conseils de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des chambres disciplinaires.

Il rend applicable aux masseurs-kinésithérapeutes les dispositions de l'article R.4123-3 CSP¹¹⁴⁰ relatif à la suspension du droit d'exercer (article R.4321-33-1 CSP) et celles des articles R. 4125-1 à R. 4125-7 du même code, applicables aux médecins, pour les élections aux conseils et aux disciplinaires de première instance (CDPI) sous réserve des adaptations rendues nécessaires par la répartition des électeurs en deux collèges, le premier représentant les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral, le second ceux exerçant en qualité de salariés (article R.4321-34 CSP), dans la mesure où cette distinction n'existe pas pour les CDPI des CRO Médecins.

La chambre disciplinaire nationale outre son président, Conseiller d'État, sera composée de douze membres titulaires et un nombre égal de suppléants. Un premier collège dit « interne » comprendra cinq membres titulaires (et autant de suppléants) représentant les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et un membre titulaire (et un membre suppléant) représentant les masseurs-kinésithérapeutes salariés. Ces assesseurs seront élus par le conseil national parmi ses membres à la première réunion qui suit chaque renouvellement partiel.

¹¹³⁹ Décret n° 2006-270 du 7 mars 2006 relatif à la composition et aux modalités d'élection des conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des conseils de l'ordre des pédicures-podologues et de leurs chambres disciplinaires et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JORF du 9 mars 2006, p. 3540

¹¹⁴⁰ Article R4124-3 CSP « Dans le cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession, la suspension temporaire du droit d'exercer est prononcée par le conseil régional ou interrégional pour une période déterminée, qui peut, s'il y a lieu, être renouvelée. Elle ne peut être ordonnée que sur un rapport motivé adressé au conseil et établi par trois médecins experts spécialisés, désignés l'un par l'intéressé ou ses proches, le deuxième par le conseil départemental et le troisième par les deux premiers. En cas de carence de l'intéressé ou de ses proches, la désignation du premier expert est faite à la demande du conseil par le président du tribunal de grande instance. Le conseil peut être saisi soit par le conseil départemental, soit par le préfet soit par le Conseil national. L'expertise prévue à l'alinéa précédent est effectuée au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la saisine du conseil. Recours de la décision du conseil peut être fait devant l'instance d'appel du conseil national par le praticien intéressé et par les autorités ci-dessus indiquées, dans les dix jours de la notification de la décision. Le recours n'a pas d'effet suspensif. Si le conseil régional ou interrégional n'a pas statué dans le délai de trois mois à compter de la demande dont il est saisi, l'affaire est portée devant l'instance d'appel. Le conseil régional ou interrégional et, le cas échéant, l'instance d'appel peuvent subordonner la reprise de l'activité professionnelle à la constatation de l'aptitude de l'intéressé par une nouvelle expertise, effectuée, à la diligence du conseil départemental, dans les conditions ci-dessus prévues, dans le mois qui précède l'expiration de la période de suspension. Si cette expertise est défavorable au praticien, celui-ci peut saisir le conseil régional ou interrégional et l'instance d'appel. » (Version en vigueur du 26 juillet 2005 au 27 mars 2007).

Un second collège dit « externe » composé à l'identique sera élu pour six ans par le conseil national parmi les membres et anciens membres des conseils de l'ordre et renouvelables par tiers tous les deux ans. Pour être éligibles, les anciens membres devront obligatoirement être inscrits au tableau. La CDPI siégera en formation impaire d'au moins cinq membres.

Le texte fixe également les modalités des élections et des règles régissant la composition des CDOMK. Le nombre de conseillers ordinaires départementaux étant fonction du nombre de masseurs-kinésithérapeutes inscrits au tableau de chaque CDOMK (articles R.4321- 42 à 43 CSP). À titre d'exemple, en fonction de la démographie professionnelle des différents départements composant la région Languedoc-Roussillon, les différents CDOMK étaient composés de la façon suivante :

Région Languedoc -Roussillon Départements	M-K libéraux	Conseillers ordinaires	M-K salariés	Conseillers ordinaires
- Aude	282	5	59	2
- Gard	670	9	100	3
- Hérault	1344	12	405	3
- Lozère	49	5	26	1
- Pyrénées – Orientales	458	7	170	2
- TOTAL	2803	-	-	-

**Démographie des masseurs-kinésithérapeutes de la région Languedoc-Roussillon
au 1^{er} janvier 2006 et composition des CDOMK**

En ce qui concerne les CROMK ou CIROMK (conseil interrégional), l'article R.4321-45 CSP créé par le décret précité ordonne que chacun d'entre eux soit composé de neuf membres titulaires (et autant de suppléants), dont sept membres représentent les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et deux les masseurs-kinésithérapeutes salariés. Le CROMK Ile de France, comprendra neuf membres représentent les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et trois les masseurs-kinésithérapeutes salariés (et autant de suppléants) soit douze membres. Chaque CDOMK devra élire au moins un membre titulaire et un membre suppléant. Il reviendra au CNOMK de procéder à la répartition, par collège, des sièges restants en fonction de la démographie de la région ou de l'interrégion. Cette composition monolithique des CROMK va être modifiée par le décret n° 2007-313¹¹⁴¹ qui, par ailleurs va fixer la date des élections des conseils régionaux ou interrégionaux au 21 juin 2007. À la différence de ce qui était initialement prévu, pour fixer le nombre de conseillers composant chaque CROMK, le texte se base sur un critère qui est le nombre des masseurs-kinésithérapeutes inscrits aux

¹¹⁴¹ Décret n° 2007-313 du 6 mars 2007 relatif à la composition et aux modalités d'élection des conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et de l'ordre des pédicures-podologues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JORF du 8 mars 2007, p.4443

derniers tableaux publiés des CDOMK de leur ressort. Lorsque ce nombre est inférieur à 3 000 la composition du CROMK sera de 9 conseillers titulaires (et autant de suppléants) dont 7 représentants les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et 2 représentants les masseurs-kinésithérapeutes salariés.

Lorsque ce nombre est supérieur à 3 000, les CROMK seront composés de 13 conseillers titulaires (et autant de suppléants) dont 10 représentants les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et 3 les masseurs-kinésithérapeutes salariés. Le nombre des conseillers du CROMK Ile de France, du fait de l'importance quantitative de la région d'appartenance, est fixé à dix-neuf membres titulaires, dont quinze membres représentent les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et quatre les masseurs-kinésithérapeutes salariés.

L'organisation des premières élections des CDOMK est confiée aux directeurs des DDASS et celles des CROMK et CIROMK aux directeurs des DRASS. L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes compte 20 CROMK et 3 CIROMK (Ile de France – Réunion, PACA – Corse et Antilles – Guyane). Seront électeurs tous les masseurs-kinésithérapeutes qui ont été enregistrés à la préfecture, conformément aux dispositions de l'article L. 4321-10 du code de la santé publique, depuis au moins trois ans à une date précédant d'au moins deux mois celle des élections. Chaque DRASS a la charge de procéder à la répartition des électeurs entre les deux collèges selon le mode d'exercice des intéressés. Pour être éligible, le masseur-kinésithérapeute devra être enregistré à la préfecture depuis au moins trois ans à la date des élections. La composition du conseil départemental sera déterminée en tenant compte du nombre de masseurs-kinésithérapeutes ayant la qualité d'électeur en application des conditions ci-dessus énoncées. La date de ces premières élections au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes sera fixée deux mois à l'avance par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans ce délai, et trente jours au moins avant le jour de l'élection, les candidats pourront faire acte de candidature, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au président du CDOMK dont ils relèvent qui transmettra au ministre chargé de la santé les noms, prénoms, adresses des candidats ainsi que l'indication de leur mode d'exercice. Le vote aura lieu par correspondance et dans les mêmes conditions que celles des CDOMK. Les résultats seront proclamés par le ministre chargé de la santé ou son représentant et publié au Bulletin officiel du ministère chargé de la santé.

In fine, le décret précité abroge les décrets n° 97-44 relatif à l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes et n° 97-45 relatif aux modalités des élections aux différents conseils de l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes et au ressort territorial des conseils régionaux de cet ordre du 21 janvier 1997.

Le même jour est publié au Journal Officiel¹¹⁴² un arrêté ministériel fixe au 16 mars 2006 la date des élections des conseils départementaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes est fixée au 16 mars 2006, au 15 juin 2006 celle des membres du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et au 6 juillet celles des membres des conseils régionaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Il sera dit que jusqu'au bout les pouvoirs publics auront fait preuve de ce qu'on pourrait qualifier de négligence en la matière puisque quelques jours plus tard devra être publié un nouvel arrêté rectificatif¹¹⁴³ de l'arrêté du 7 mars 2006 précité qui fixera au 16 mai 2006 (au lieu du 16 mars) la date de l'élection des membres des conseils départementaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Cette correction s'imposait car fixer la date d'une élection une semaine après en avoir fait l'information avait de quoi plonger plus d'un masseur-kinésithérapeute dans un abîme de perplexité. Il en sera de même pour la date des élections des membres du CNOMK qui du 15 juin 2006 seront reportées au 5 juillet 2006¹¹⁴⁴. Cette décision est parfaitement compréhensible dans la mesure où les élections des conseillers départementaux s'étant déroulées le 16 mai, cela ne laissait qu'à peine un mois pour que les CDOMK s'installent et procèdent à l'élection de leurs instances dirigeantes. Dans ce court laps de temps, il semblait difficile d'envisager une information correcte des électeurs. Quant aux élections ces conseils régionaux, en fait, elles n'auront lieu que près d'un an plus tard, le 21 juin 2007¹¹⁴⁵.

¹¹⁴² Arrêté du 7 mars 2006 fixant la date des élections aux conseils départementaux, régionaux et au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et portant application de l'article R. 4321-37 du code de la santé publique relatif à la composition du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 9 mars 2006, p. 3545

¹¹⁴³ Arrêté du 7 mars 2006 fixant la date des élections aux conseils départementaux, régionaux et au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et portant application de l'article R. 4321-37 du code de la santé publique relatif à la composition du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (rectificatif), JORF du 11 mars 2006, p. 3724

¹¹⁴⁴ Arrêté du 14 juin 2006 modifiant l'arrêté du 7 mars 2006 fixant la date des élections aux conseils départementaux, régionaux et au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et portant application de l'article R. 4321-37 du code de la santé publique relatif à la composition du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 23 juin 2006, p. 9438

¹¹⁴⁵ Arrêté du 15 mars 2007 fixant la date des élections et la répartition des sièges aux conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et portant application de l'article R. 4321-45 du code de

Par rapport à la précédente procédure organisant les élections des différents conseils, quelques modifications ont été apportées. En 1997, il avait été prévu d'organiser les élections des conseillers départementaux et régionaux le même jour (16 septembre 1997), celles du conseil national ayant lieu quelques semaines plus tard (30 décembre 1997). Le nouveau texte dispose que les premières élections seront celles des conseils départementaux qui seront suivies, quelques semaines plus tard par l'élection du Conseil national. Somme toute, cette solution est de pure logique dans la mesure où ce sont les conseillers départementaux qui élisent les conseillers nationaux.

Pour procéder à l'élection des membres titulaires du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, l'arrêté du 21 janvier 1997 après avoir déterminé la composition de sept secteurs regroupant les différents conseils départementaux avait fixé le nombre de sièges à pourvoir dans chacun des secteurs précités de la manière suivante. Le 1^{er} secteur disposait de 3 sièges et chacun des dix secteurs suivants de deux sièges chacun.

Les trois membres du conseil national exerçant à titre salarié étant pour leur part élus par les membres salariés de l'ensemble des conseils départementaux. Il faut remarquer que les départements d'Outre-mer n'étaient pas expressément cités.

En 2006, la composition du Conseil national n'est guère différente de celle initialement fixée. Le collège libéral est toujours composé de 15 membres mais notable différence, ils ne sont plus issus de sept secteurs mais de onze comme nous le montre le tableau suivant.

Elections du Conseil national de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes Détermination des différents secteurs		
	Arrêté du 21 janvier 1997	Arrêté du 07 mars 2006
1 ^{er} secteur	Ile de France	Ile de France
2 ^{ème} secteur	Basse Normandie, Bretagne, Haute Normandie, Pays de Loire	Provence - Alpes - Côtes d'Azur, Corse
3 ^{ème} secteur	Alsace, Champagne - Ardennes, Lorraine, Nord - Pas de Calais	Rhône - Alpes, Auvergne
4 ^{ème} secteur	Auvergne, Bourgogne, Centre, Limousin, Poitou - Charentes	Midi - Pyrénées, Languedoc- Roussillon
5 ^{ème} secteur	Corse, Provence - Alpes - Côtes d'Azur	Franche - Comté, Bourgogne, Centre
6 ^{ème} secteur	Franche - Comté, Rhône - Alpes	Nord - Pas de Calais
7 ^{ème} secteur	Aquitaine, Languedoc - Roussillon, Midi - Pyrénées	Picardie, Basse Normandie, Haute Normandie
8 ^{ème} secteur		Pays de Loire, Poitou - Charentes
9 ^{ème} secteur		Aquitaine, Limousin
10 ^{ème} secteur		Bretagne
11 ^{ème} secteur		Alsace, Lorraine, Champagne - Ardennes

À la différence des dispositions antérieures, chaque secteur sera représenté par un unique conseiller. Force est de constater que les dispositions de 2006 assurent aux masseurs-kinésithérapeutes salariés une meilleure représentation puisqu'ils disposent d'un conseiller national supplémentaire. Le monde de la kinésithérapie salariée est désormais représenté par 4 conseillers ordinaires nationaux, ce qui fait passer sa représentativité de 15,8 % à 21,06 %. La suite des événements démontrera qu'il n'en sera pas plus reconnaissant !

L'arrêté du 7 mars 2006 susvisé énonce que pour procéder à l'élection des conseillers nationaux, chaque secteur élira un conseiller national exerçant en libéral. Ce qui nous semble important à prendre en considération c'est le mode d'élection des conseillers ordinaires salariés.

Initialement, l'article L.491-4 CSP¹¹⁴⁶ disposait que « [...] Les membres du Conseil national exerçant à titre salarié sont élus par les membres salariés de l'ensemble des conseils départementaux [...] ». Dorénavant, les conseillers exerçant en salarié seront issus des 1^{er}, 2^e, 3^e et 4^e secteurs, c'est-à-dire des secteurs dans le ressort desquels on trouve la plus forte densité de masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre salarié. Par rapport aux précédentes dispositions en la matière, il est à remarquer que cette fois-ci les départements d'Outre-mer sont expressément nommés. Les départements ultramarins constituent deux secteurs représentés chacun par un représentant. Le premier est constitué de La Guyane associée à la Guadeloupe, le second par La Réunion et Mayotte¹¹⁴⁷.

Quelques semaines plus tard, ces dispositions vont être modifiées par un nouvel arrêté¹¹⁴⁸ qui va modifier la répartition des sièges au sein des différents secteurs. Pour le collège libéral, dans le premier secteur, composé de trois sièges, un est dévolu à Paris, un second pour les départements de Seine-et-Marne, Essonne, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne et un troisième pour les départements des Yvelines, Hauts-de-Seine et Val-d'Oise. Chacun des dix autres secteurs bénéficiera uniquement d'un siège. Les départements de la Guadeloupe, la Guyane et

1146 CSP (ancien), article L491- 4 (modifié par Loi n°96-452 du 28 mai 1996 - art. 20 JORF 29 mai 1996, abrogé par Ordonnance 2000-548 2000-06-15 art. 4 I JORF 22 juin 2000)

1147 Ce CROMK sera rattaché ultérieurement au CROMK Ile de France pour constituer le CRIOMK Ile de France –Réunion par le décret n° 2006-270 du 7 mars 2006 relatif à la composition et aux modalités d'élection des conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des conseils de l'ordre des pédicures-podologues et de leurs chambres disciplinaires et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JORF du 9 mars 2006, p. 3540

1148 Arrêté du 5 mai 2006 modifiant l'arrêté du 7 mars 2006 fixant la date des élections aux conseils départementaux, régionaux et au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et portant application de l'article R. 4321-37 du code de la santé publique relatif à la composition du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 11 mai 2006, p. 6868

la Martinique disposeront d'un siège ainsi que La Réunion. Pour le collège salarié, la région Ile de France disposera d'un siège et l'ensemble des autres régions des trois autres sièges.

On peut se poser la question de savoir ce qui a motivé cette différence de répartition des secteurs électifs. En 1997, l'article L491-4 CSP (ancien)¹¹⁴⁹ précisait « [...] Les membres du Conseil national exerçant à titre libéral sont élus par les membres libéraux des conseils départementaux regroupés en secteurs par un arrêté du ministre chargé de la santé en fonction du nombre de masseurs-kinésithérapeutes inscrits aux tableaux des conseils départementaux [...]. C'est-à-dire qu'à partir des données extraites des fichiers ADELI, les secteurs avaient été constitués de manière à regrouper un nombre à peu près équivalent de masseurs-kinésithérapeutes ce qui du point de vue représentativité devait assurer que chaque conseiller ordinal national « pèse le même poids ». On peut penser qu'en 2006 il en ait été de même, ce qui n'est peut-être pas tout à fait le cas.

En effet, il nous semble intéressant est le rapprochement que nous pouvons faire entre la délimitation des secteurs supra et la nouvelle carte des régions issue de la réforme territoriale née de la loi du 15 janvier 2015¹¹⁵⁰. Tous les acteurs de la vie publique française qu'ils appartiennent au monde politique ou au monde économique reconnaissent que les régions françaises sont beaucoup trop petites par rapport à l'équivalent régional des autres pays européens. L'objectif de cette réforme territoriale est d'améliorer la gouvernance territoriale, l'efficacité et l'efficience des politiques publiques mises en œuvre dans les territoires. Pour le grand public la partie visible de cette réforme est la diminution du nombre des régions métropolitaines qui de 22 passera à 13 au 1^{er} janvier 2016 comme nous l'indique la carte infra.

1149 CSP (ancien), article L491- 4 (modifié par Loi n°96-452 du 28 mai 1996 - art. 20 JORF 29 mai 1996, abrogé par Ordonnance 2000-548 2000-06-15 art. 4 I JORF 22 juin 2000)

1150 Loin° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, JORF du 17 janvier 2015, p. 777



*Carte des nouvelles régions issues de la loi n° 2015 -29 du 16 janvier 2015
(Source : [http ://www.interieur.gouv.fr/](http://www.interieur.gouv.fr/))*

L'article 1^{er} de la loi n° 2015-29 ordonne que « Sans préjudice des dispositions applicables aux régions d'outre-mer et à la collectivité territoriale de Corse, sont constituées les régions suivantes, dans leurs limites territoriales en vigueur au 31 décembre 2015 : Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine, Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes, Auvergne, Rhône-Alpes, Bourgogne et Franche-Comté, Bretagne, Centre, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées, Nord - Pas-de-Calais et Picardie, Basse-Normandie et Haute-Normandie, Pays de la Loire, Provence Alpes - Côte d'Azur ». En pratique, 6 régions demeurent inchangées. Il s'agit des régions Bretagne, Centre¹¹⁵¹, Corse, Ile-de-France, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le texte prévoit les fusions des régions suivantes : Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine, Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes, Auvergne et Rhône-Alpes, Bourgogne et Franche-Comté, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais et Picardie, Basse-Normandie et Haute-Normandie.

Si on compare cette nouvelle carte régionale avec celle des secteurs déterminés en 2006 pour l'élection des conseillers du CNOMK on ne peut que constater de troublantes similitudes.

Ainsi sur les 11 secteurs, 5 sont strictement semblables aux nouvelles régions. Il s'agit des 1^{er} secteur (Ile de France), 3^e secteur (Rhône – Alpes et Auvergne), 4^e secteur (Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées), 10^e secteur (Bretagne), 11^e secteur (Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne). Par ailleurs le 2^e secteur (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse) correspond au ressort territorial de deux régions qui sont restées inchangées et du CIROMK

¹¹⁵¹ La région Centre est rebaptisée Centre-Val de Loire

éponyme. Du fait de la fusion des régions Nord-Pas-de- Calais et Picardie, le 6^e secteur voit son influence territoriale s'agrandir alors que le 7^e secteur qui regroupait les régions Basse Normandie, Haute Normandie et Picardie est amputé de la région picarde. Il en est de même du 8^e secteur (Pays de Loire, Poitou-Charentes) amputé de la région Poitou-Charentes du fait du regroupement des régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes qui composeront désormais le 9^e secteur. In fine, nous pouvons remarquer que la fusion des régions Bourgogne et Franche-Comté n'entraînera pas de modification du 5^e secteur (Franche-Comté, Bourgogne, Centre). Nous ne pouvons-nous empêcher de penser que la détermination des secteurs relatifs à l'élection des conseillers ordinaires du CNOMK par les pouvoirs publics en 2006 n'a peut-être pas été entièrement guidée par la volonté d'homogénéiser le nombre d'électeurs par secteurs et que dans les sphères du pouvoir les prémices de cette réforme territoriale était déjà en gestation.

L'arrêté du 15 mars 2007¹¹⁵² ne va pas seulement fixer la date effective des élections des conseils régionaux ou interrégionaux, il va également va préciser la répartition des sièges au sein de chaque région. Ainsi, le CROMK Languedoc-Roussillon sera composé de la façon suivante :

Régions et départements	Nombre de conseillers libéraux à élire	Nombre de conseillers salariés à élire
Languedoc – Roussillon	10 dont	3
- Aude	1	
- Gard	2	
- Hérault	4	
- Lozère	1	
- Pyrénées - Orientales	2	

Cette nouvelle disposition réglementaire va indéniablement renforcer les pouvoirs des CDOMK bénéficiant d'une forte démographie professionnelle et leur permettre d'occuper une position « dominante » au sein de certains CROMK ce qui ne sera pas sans créer des tensions internes, les conseillers des départements les moins représentés, qui plus est lorsqu'ils sont loin de la capitale régionale ayant l'impression, parfois justifiée, de ne pas être entendus ni même écoutés. Le malaise s'amplifiera lorsqu'en 2009, à l'occasion du premier

1152 Arrêté du 15 mars 2007 fixant la date des élections et la répartition des sièges aux conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et portant application de l'article R. 4321-45 du code de la santé publique relatif à la composition des conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 22 mars 2007, p. 5311

renouvellement par tiers des conseillers régionaux, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes enregistré sur le fichier ADELI ne correspondant plus au nombre de masseurs-kinésithérapeutes inscrit à la date de clôture des listes électorales, certains départements qui étaient surreprésentés au regard de ces chiffres vont perdre des représentants au sein du CROMK ou CIROMK au profit des conseils départementaux qui seront reconnus comme étant sous représentés au regard des chiffres du Tableau de l'Ordre. Au sein du CROMK Languedoc-Roussillon, le CDOMK des Pyrénées-Orientales va perdre un poste de conseiller ordinal libéral 34 alors que le CDOMK de l'Hérault va en gagner un¹¹⁵³.

C. La plénitude de l'Ordre en matière disciplinaire

Les Chambres disciplinaires de première instance de ces conseils régionaux ou interrégionaux, présidées par un magistrat de l'Ordre administratif, seront composées de 8 assesseurs titulaires et d'autant de suppléants répartis en deux collèges. Elles siégeront en formation impaire d'au moins cinq membres. Le collège dit « interne » sera composé de trois membres titulaires représentant les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et d'un membre titulaire représentant les masseurs-kinésithérapeutes salariés, élus par le conseil régional parmi ses membres à la première réunion qui suit chaque renouvellement partiel. Le collège dit « externe » d'une composition identique sera élu pour six ans par le conseil régional parmi les membres et anciens membres des conseils de l'ordre et renouvelables par tiers tous les deux ans en deux fractions d'un membre et une fraction de deux membres. Les anciens membres devant être inscrits au tableau dans le ressort de la chambre. La chambre disciplinaire de première instance de la région Ile-de-France sera composée de deux sections de huit membres chacune.

α. Une procédure remaniée facilitant l'accès des patients au juge disciplinaire

Le décret n° 2007-434 publié le 27 mars 2007¹¹⁵⁴ va avec quelques retards remanier la procédure disciplinaire que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a voulu moderniser en rendant plus facile l'accès des patients au juge disciplinaire des Ordres professionnels et en améliorant le fonctionnement de ces juridictions notamment en matière de respect des droits procéduraux. Schématiquement, on peut dire rationalise et

1153 CNOMK, circulaire élections régionales, n° Jur/SG/G.ORS/n°01/09.02.23

1154 Décret n° 2007-434 du 25 mars 2007 relatif au fonctionnement et à la procédure disciplinaire des conseils de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JORF du 27 mars 2007, p. 5654

professionnalise le contentieux ordinal. Il institue un échevinage¹¹⁵⁵ avec la présence de magistrats administratifs à la tête des juridictions ordinales et améliore notablement la procédure dans le but de faire disparaître les soupçons de partialité dont étaient accusées ces juridictions¹¹⁵⁶. L'accès des patients au juge disciplinaire est facilité en étant mieux organisé mais en contrepartie le président de la juridiction est doté de pouvoirs accrus lui permettant, sans instruction et par ordonnance motivée, de donner acte des désistements, rejeter les plaintes ne relevant manifestement pas de la compétence de la juridiction, constater les non-lieux à statuer, et surtout pour rejeter les plaintes manifestement abusives.

L'article L.4123-2 CSP dispose que le patient ayant un grief contre un professionnel de santé devra adresser une plainte au président du conseil départemental, plainte qui devra faire l'objet d'une tentative de conciliation devant une commission de conciliation. En cas d'échec de cette tentative de conciliation, le conseil départemental devra transmettre ladite plainte à la chambre disciplinaire de première instance, en s'y associant le cas échéant. En cas d'inertie du conseil départemental, passé un délai de trois mois, le plaignant est en droit de demander au président du Conseil national, qui devra répondre dans un délai d'un mois, la saisine de la chambre disciplinaire de première instance. La grande nouveauté apportée par le décret n° 2007-434 est la possibilité pour les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité de pouvoir également déposer une plainte auprès des autorités habilitées à saisir la juridiction disciplinaire.

Bien évidemment tout professionnel de santé ayant à se plaindre d'un confrère est habilité à en faire de même à la condition qu'une tentative préalable de conciliation ait été organisée sous l'égide du conseil départemental de l'ordre comme le prévoit l'article L4123-2 CSP rendu applicable aux masseurs-kinésithérapeutes par les articles L 4321-18 et 19 du même code.

Le décret du 25 mars 2007 assure la mise en œuvre des garanties d'indépendance et d'impartialité exigée par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme notamment quant au droit à un jugement impartial et dûment motivé rendu dans un délai raisonnable. La décision devra être notifiée au professionnel concerné ainsi qu'au conseil

1155 L'échevinage est un système d'organisation judiciaire dans lequel les affaires sont entendues et jugées par des juridictions composées à la fois, de magistrats professionnels, et de personnes n'appartenant pas à la magistrature professionnelle. Les échevins sont généralement élus par des organisations professionnelles ou syndicales. Sources : BRAUDO Serge, Dictionnaire de droit privé, <http://www.dictionnaire-juridique.com/>

1156 MARKUS Jean-Paul, La refonte de la procédure disciplinaire devant les ordres des professions de santé, RDSS, n°4, 16 juin 2007, p.651

départemental d'inscription du professionnel en cause, à celui qui a transmis la plainte, au président du conseil national de l'Ordre, au préfet, au procureur de la République en cas d'éventuelles poursuites pénales, au directeur de l'ARS, à l'autorité étrangère compétente pour les professionnels ressortissants de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen et enfin à l'auteur de la plainte ce qui revêt une singulière importance relativement au délai d'appel qui sans cela ne pourrait pas courir à son égard.

Ce décret prenant en compte le respect des droits de la défense améliore notablement la procédure en matière de contestation des refus d'inscription à l'ordre en imposant l'obligation d'entendre le professionnel concerné et en instaurant un double degré de prise de décision devant être prononcée dans de stricts délais. Il en est de même en matière de suspension d'exercer en raison d'un état pathologique rendant dangereux l'exercice professionnel. Désormais, le professionnel concerné bénéficie du droit de bénéficier d'une expertise complémentaire là aussi dans des délais très stricts.

La publicité des décisions rendues est bien évidemment maintenue avec une possibilité d'anonymisation pour préserver le respect de la vie privée et le secret professionnel.

La procédure est rationalisée par application des règles de la procédure administrative énoncées dans le code de justice administrative ce qui a permis d'uniformiser et d'harmoniser et donc de simplifier les procédures des différents ordres professionnels. De même, en matière procédurale, le décret consacre une fonction de greffe qui va favoriser la spécialisation de personnel remplaçant avantageusement les anciens secrétariats de ces juridictions. Le greffier sera désormais l'unique interlocuteur entre le magistrat et le justiciable. Salariés du conseil régional, les greffiers n'en seront pas moins, du point de vue fonctionnel des subordonnés des présidents des juridictions ce qui participe un peu plus au renforcement de l'indépendance de la juridiction disciplinaire.

In fine, comme le rappelle Jean-Paul MARKUS si « [...] *le corpus réglementaire qui résulte du décret de 2007 est d'une rare complexité [...] il existe une procédure disciplinaire « pilote » : celle commune aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes. Les juridictions disciplinaires des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues suivent, aux termes de l'article R. 4323-3 CSP, une procédure commune, définie presque exclusivement par renvoi à la procédure pilote [...] les dispositions du CJA¹¹⁵⁷ applicables par renvoi aux ordres médicaux s'appliqueront aux ordres paramédicaux[...]* ».

1157 CJA : Code de justice administrative

Le contentieux relatif à l'inscription au tableau de l'Ordre et les attermolements des pouvoirs publics ont très fortement entravé la mise en place des structures ordinales et retarderont d'autant celle des différentes juridictions chargées de sanctionner les manquements à l'éthique et à la déontologie professionnelles ainsi que les infractions au Code de la Sécurité sociale. L'institutionnalisation des chambres disciplinaires de premières instances et des sections des assurances sociales ainsi que de leurs juridictions d'appel marquant l'étape finale de l'indépendance professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes vis-à-vis du pouvoir médical sur le plan disciplinaire.

β. L'institutionnalisation des chambres disciplinaires de premières instances

Comme tous les Ordres professionnels, celui des masseurs-kinésithérapeutes s'est vu confié par le législateur le pouvoir de rendre la justice au nom de l'État au travers de la Chambre disciplinaire de Première Instance sise au sein de chaque CROMK¹¹⁵⁸. Dans sa rédaction issue de l'article 72 III 6° de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, l'article L4321-17 n'avait pas prévu de doter d'une CDPI les CROMK. Il faudra attendre l'article 108 III de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 pour que soient ajoutées les mentions suivantes « [...] *Le conseil régional comprend en son sein une chambre disciplinaire de première instance, présidée par un magistrat de l'ordre administratif. Cette chambre dispose, en ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes, des attributions des chambres disciplinaires de première instance des ordres des professions médicales. Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé [...]* » L'article 3 I 4° de l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005¹¹⁵⁹ viendra ensuite préciser la composition de cette juridiction en ordonnant que la CDPI « [...] *soit composée d'un nombre de masseurs-kinésithérapeutes fixé par voie réglementaire, en fonction des effectifs des masseurs-kinésithérapeutes inscrits aux derniers tableaux publiés dans la région. Elle comprend des membres élus par le conseil régional auprès duquel siège la chambre, en nombre égal parmi les membres du conseil régional dont elle dépend, et les membres et anciens membres des conseils de l'ordre [...]* ».

¹¹⁵⁸ Article 4321-17 CSP

¹¹⁵⁹ Ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions, JORF du 27 août 2005, p. 13923

Les règles de fonctionnement des CDPI des CROMK sont identiques à celles régissant l'organisation des CDPI des professions médicales¹¹⁶⁰. Elles ont pour mission d'examiner les manquements aux devoirs professionnels et aux règles déontologiques relevés à l'encontre des masseurs kinésithérapeutes. Ces juridictions peuvent être saisies par le CNOMK ou le CDOMK au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de la saisine de la juridiction, agissant de leur propre initiative ou à la suite de plaintes, formées notamment par les patients, les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de Sécurité sociale, les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, qu'ils transmettent, le cas échéant en s'y associant, le ministre chargé de la santé, le préfet du département au tableau duquel est inscrit le praticien intéressé, le préfet de la région ou le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans le ressort de laquelle exerce le praticien intéressé, le procureur de la République du tribunal de grande instance dans le ressort duquel le praticien est inscrit au tableau, un syndicat ou une association de praticiens.

Les chambres disciplinaires de première instance, qui siègent en formation impaire de cinq membres, sont présidées par un membre, en fonction ou honoraire, du corps des conseillers des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel. L'article R.4321-48 CSP fixe sa composition. Initialement¹¹⁶¹, chaque CDPI comprenait, outre son Président, huit membres titulaires et huit membres suppléants, répartis en deux collèges interne et externe. Le collège interne était composé de trois membres titulaires et trois suppléants représentant les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ainsi qu'un membre titulaire et un membre suppléant représentant les masseurs-kinésithérapeutes salariés, élus par le conseil régional parmi ses membres à la première réunion qui suit chaque renouvellement partiel. Le collège externe de trois membres titulaires et trois suppléants représentant les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ainsi que d'un membre titulaire et un membre suppléant représentant les masseurs-kinésithérapeutes salariés, élus pour six ans par le conseil régional parmi les membres et anciens membres des conseils de l'ordre et renouvelables par tiers tous les deux ans en deux fractions d'un membre et une fraction de deux membres. Les anciens membres devant

¹¹⁶⁰ Articles L.4124-1 à 10, L.4132-9, R.4124-1 à 7 CSP

¹¹⁶¹ Décret n°2006-270 du 7 mars 2006 relatif à la composition et aux modalités d'élection des conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des conseils de l'ordre des pédicures-podologues et de leurs chambres disciplinaires et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JORF du 9 mars 2006, p. 3540

obligatoirement être inscrits au tableau dans le ressort de la chambre. Les règles de désignation des assesseurs seront modifiées en 2010¹¹⁶².

La notion de collège interne et de collège externe s'efface dans la mesure où disparaît la notion de renouvellement « [...] à la première réunion qui suit chaque renouvellement partiel » des membres désignés au sein du CROMK et que les assesseurs du « collège externe » désormais élus pour six ans, renouvelables par moitié tous les trois ans, parmi les membres et anciens membres titulaires et suppléants des conseils de l'ordre, à l'exclusion des conseillers régionaux en cours de mandat.

Singularité, propre aux Ordres paramédicaux, lorsque l'audience aura trait à un litige concernant les relations entre un masseur-kinésithérapeute et un usager du système de santé, il est fait obligation à la CDPI de s'attacher la présence de deux représentants des usagers, désignés par le ministre chargé de la santé, qui siégeront avec voix simplement consultatives. Sont également attachés, avec voix consultative, un médecin inspecteur régional de santé publique, un professeur d'une unité de formation et de recherche de médecine de la région, un praticien conseil pour les affaires relevant de l'application des lois de la Sécurité sociale, un représentant des médecins salariés désigné par le Président du tribunal administratif. La chambre disciplinaire nationale, présidée par un membre du Conseil d'État, en activité ou honoraire, ayant au moins de rang de conseiller d'État est composée d'assesseurs élus membres de l'ordre et de deux représentants des usagers (lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers).

Jusqu'à la mise en place effective des CDPI des CROMK, les dossiers relatifs à des manquements aux devoirs professionnels et aux règles déontologiques commis par des masseurs-kinésithérapeutes qui n'auraient pas encore été jugées par les CDPI des Conseils régionaux de l'Ordre des médecins resteront en suspens, les chambres disciplinaires des autres ordres n'étant plus compétentes pour connaître de ces affaires. Ce sera chose faite le 15 décembre 2007, date de mise en application de l'arrêté du 30 novembre 2007 désignant les présidents des CDPI¹¹⁶³.

¹¹⁶² Décret n° 2010-199 du 26 février 2010 relatif aux modalités d'élection et de renouvellement des conseils des professions médicales et paramédicales et de leurs chambres disciplinaires, JORF du 28 février 2010, p. 3880

¹¹⁶³ Arrêté du 30 novembre 2007 relatif à la présidence des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (tribunaux administratifs et cours administratives d'appel), JORF du 14 décembre 2007, p. 20203

Les masseurs-kinésithérapeutes devront attendre presque 7 ans après la publication de la loi portant création d'un Ordre national des infirmiers¹¹⁶⁴ pour pouvoir, enfin, disposer de la plénitude d'action en matière d'organisation de leur profession.

δ. L'institution des Sections des Assurances sociales : la plénitude de l'Ordre en matière disciplinaire

En effet, l'article 6 de ladite loi, dont les dispositions seront codifiées à la sous-section 2 de la section I du chapitre V du titre IV du livre I^{er} du Code de la Sécurité sociale, va créer les sections des assurances sociales des masseurs-kinésithérapeutes, ainsi que celles des pédicures-podologues et des infirmiers mais son décret d'application ne sera publié qu'en 2013¹¹⁶⁵. Cette publication va mettre un terme à une longue période de latence pendant laquelle les conseillers ordinaires eurent le plus grand mal à expliquer à leurs consœurs et à leurs confrères pourquoi, alors que leur conseil de l'Ordre était opérationnel, ils continuaient à être jugés par les sections des assurances sociales de l'Ordre des médecins. Le décret précise que la date d'application de ces nouvelles dispositions est fixée au 1^{er} septembre 2013 pour celles concernant les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues et le 1^{er} janvier 2015 pour les infirmiers. Il prévoit que la nomination des assesseurs des sections des assurances sociales de première instance ne sera plus effectuée par le préfet de région mais par le président de la cour administrative d'appel où la section des assurances sociales de première instance a son siège. Il précise les règles de procédure applicables devant les sections des assurances sociales, juridictions de l'ordre administratif, en renvoyant largement aux dispositions du code de justice administrative.

Au sein du Code de la Sécurité sociale, les dispositions relatives à cette juridiction sont regroupées au sein de la section II du chapitre V du titre IV du livre I^{er}. L'article R. 145-6-1 CSS dispose que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes « [...] comprend, outre son président, quatre assesseurs nommés par le président de la cour administrative d'appel dans le ressort de laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a son siège. Deux assesseurs représentent, [...] l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes [...]. Ils sont désignés par le conseil régional ou interrégional de l'ordre

¹¹⁶⁴ Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers, article 6, JORF du 27 décembre 2006, p. 19689

¹¹⁶⁵ Décret n° 2013-547 du 26 juin 2013 relatif à l'organisation et au fonctionnement des juridictions du contentieux du contrôle technique des professions de santé, JORF du 28 juin 2013, p. 10699

concerné et choisis en son sein. ». L'article R.145-9 CSS impose que pour chaque assesseur titulaire soient nommés, dans les mêmes conditions, deux assesseurs suppléants. Les assesseurs, qu'ils soient titulaires ou bien suppléants, devront obligatoirement être des conseillers régionaux titulaires ou suppléants, appartenant au conseil concerné par l'élection. De ce fait, ils seront obligatoirement inscrits au tableau du conseil concerné par l'élection et être à jour de sa cotisation ordinale¹¹⁶⁶, être inscrits à l'Ordre depuis au moins trois ans¹¹⁶⁷. De surcroît, le conseiller ordinal ne devra pas avoir fait l'objet d'une sanction ordinale¹¹⁶⁸. Alors qu'en matière de CDPI les textes imposent une élection devant respecter des modalités très précises pour les SAS, aussi surprenant que cela puisse paraître, le Code de la Sécurité sociale ne prévoit qu'une désignation des assesseurs par leur CROMK sans autre précision. Dans un souci de transparence et d'impartialité, lorsque le moment fut venu pour que les CROMK désignent les assesseurs, le CNOMK dans un souci de parfaite transparence et d'impartialité informa ces derniers qu'il n'appartenait pas à l'institution ordinale d'introduire des règles venant limiter ou restreindre les modalités de désignation des conseillers tout en leur conseillant de mettre en place un processus qui permette la publicité de cette désignation pour que tous les conseillers régionaux puissent faire part de leur intérêt pour cette désignation. La désignation qui s'apparentant à une élection, le CROMK devra réunir une assemblée plénière qui sera convoquée selon les règles habituelles. La convocation précisant, la date, l'heure le lieu ainsi que le motif de la réunion. L'absence de formalisme en la matière permettra que les candidatures soient reçues jusqu'au dernier moment, c'est-à-dire jusqu'à l'instant où le CROMK procédera à la désignation des assesseurs de préférence sous la forme d'un vote à bulletin secret respectant les règles habituelles en matière électorale. L'élection est acquise à la majorité simple. Les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix jusqu'à concurrence du nombre de sièges de titulaires à pourvoir seront déclarés élus en qualité de membres titulaires puis en fonction du nombre de voix recueillies, jusqu'à concurrence du nombre de postes de suppléants à pourvoir seront proclamés élus en qualité de membres suppléants les candidats suivants. Un procès-verbal précis et détaillé de cette opération de désignation sera rédigé dans l'instant. Il sera adressé au CNOMK ainsi qu'aux CDOMK du ressort du CROMK et au président de la Cour administrative d'appel du ressort du CROMK

¹¹⁶⁶ Article R.4125-1 CSP

¹¹⁶⁷ Article R.4321-35 CSP

¹¹⁶⁸ Articles L.4124-6 CSP, L.145-2-1 et L.145-5-3 CSS

puisque c'est à lui qu'il appartient de procéder à la nomination des assesseurs désignés par le conseil¹¹⁶⁹.

Les organismes d'assurance maladie sont représentés par deux assesseurs. Le premier sera nommé « [...] *sur proposition du médecin-conseil national du régime général de Sécurité sociale, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical en dehors du ressort de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance concernée* [...] » et le second « [...] *sur proposition conjointe des responsables des services médicaux compétents au niveau national, respectivement, du régime de protection sociale agricole et du régime social des indépendants, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical en dehors du ressort de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance concernée* [...] ».

La section des assurances sociales du CNOMK est composée, outre son Président, de quatre assesseurs. Les deux assesseurs représentant l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes sont désignés par le CNOMK en son sein. Les deux assesseurs représentant les organismes d'assurance maladie seront nommés par le ministre chargé de la Sécurité sociale. Le premier le sera sur proposition du médecin-conseil national du régime général de Sécurité sociale, parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux et le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux des régimes de protection sociale agricole et du régime social des indépendants, parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux chargés du contrôle médical. Comme de bien entendu, les fonctions exercées par les membres des sections des assurances sociales des conseils nationaux sont incompatibles avec la fonction d'assesseur à la section des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance. La présidence des SAS sera assurée par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel nommé par le vice-président du Conseil d'État au vu des propositions du président de la cour administrative d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le siège du conseil régional ou interrégional¹¹⁷⁰. Le Président de la SAS du CNOMK sera un conseiller d'État nommé en même temps qu'un ou plusieurs conseillers d'État suppléants par le garde des sceaux, ministre de la justice¹¹⁷¹.

¹¹⁶⁹ Circulaire relative à la procédure de désignation des membres des SAS, n° DJA/JPD/G.ORS/n°01/28.06.2013, CNOMK

¹¹⁷⁰ CSS, article L.145-7-1

¹¹⁷¹ Art. L. 145-7-2 CSS

Comme en matière de désignation des assesseurs, les textes vont faire preuve d'un certain laxisme en ce qui concerne la gestion des dossiers de plainte. L'article R.145-13 CSS indique que « [...] le siège et le secrétariat des SAS peuvent être ceux des [CROMK ou du CNOMK] ». La notion de greffe est étrangère aux SAS. Pas de greffe, pas de greffier ! Un secrétariat donc un (e) secrétaire... Rappelons, quand même, que les SAS sont des juridictions qui siègent au sein d'autres juridictions que sont les CDPI... Avec sagesse, dans l'immense majorité des cas, les CROMK choisirent de confier ce secrétariat à la greffière ou au greffier de la chambre disciplinaire de première instance. Cette réflexion nous permet d'évoquer la différence, fondamentale à nos yeux, qui existe entre le contentieux disciplinaire¹¹⁷² et celui du contentieux du contrôle technique de la Sécurité sociale.

La Chambre disciplinaire de première instance est chargée de veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice professionnel, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le code de déontologie.

L'article L.145-5-1 CSS dispose que la section des assurances sociales a pour objet la répression des « [...] fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes [...] à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux [...]. » Selon la gravité de l'infraction aux règles déontologiques et/ ou aux règles conventionnelles, les sanctions¹¹⁷³ pouvant être prononcées à l'encontre du masseur-kinésithérapeute reconnu coupable sont l'avertissement, le blâme avec ou sans publication ou une interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux. Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de Sécurité sociale du trop remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions évoquées précédemment. Si le jugement le prévoit, ces sanctions peuvent être assorties d'une publication selon des modalités fixées par la SAS. En cas de récidive dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction

¹¹⁷² En cas de manquement avéré à un ou plusieurs de ces principes, la CDPI peut prononcer une des sanctions prévues par l'article L4124-6 CSP, à savoir, « [...] l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions [de masseur-kinésithérapeute], conférées ou rétribuées par l'État, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des mêmes fonctions accomplies en application des lois sociales, l'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis, cette interdiction ne pouvant excéder trois années et enfin la radiation du tableau de l'ordre[...] ».

¹¹⁷³ Art. L. 145-5-2 CSS

assortie du sursis, dès lors que la sanction est devenue définitive, la SAS peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, deviendra exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

Les sanctions prononcées par l'une et / ou l'autre de ces deux juridictions auront des répercussions sur la vie ordinaire puisqu'un avertissement ou un blâme interdit à l'intéressé le droit de briguer tout poste de conseiller ordinaire pendant trois ans. L'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer entraîne la privation de droit à titre définitif. Il en sera de même pour l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux ou, dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de Sécurité sociale du trop remboursé. Le Conseil d'État¹¹⁷⁴ considère que *« s'il appartient au juge disciplinaire de motiver suffisamment les raisons de droit et de fait pour lesquelles des griefs reprochés à un praticien constituent des fautes au sens de l'article L. 145-1 du Code de la Sécurité sociale de nature à entraîner une des sanctions prévues à l'article L. 145-2 du même code, en revanche, il n'est pas tenu de motiver le choix de la sanction prononcée en application de ces dernières dispositions, alors même que le juge d'appel aggraverait ou diminuerait la sanction infligée en première instance »*.

Nous nous sommes permis de développer ce sujet en faisant état des quelques différences textuelles qui existent entre les deux formations réunies au sein des CDPI car, d'un point de vue pratique, pour les praticiens libéraux, la différence est considérable. Le pénultième alinéa de l'article L145-5-2 CSS dispose que *« [...] Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec celles mentionnées à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, seule la sanction la plus lourde est mise à exécution. »*

Objet d'un contentieux récurrent pour les professions de santé depuis longtemps dotées de ces deux juridictions disciplinaires (médecins, pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes)¹¹⁷⁵, cette dualité de poursuites et de sanction a été récemment l'objet d'une question prioritaire de constitutionnalité adressée au Conseil constitutionnel par le Conseil d'État¹¹⁷⁶.

¹¹⁷⁴ CE, 23 juillet 2010, no 329191. N. Deletré, « Le juge disciplinaire est-il tenu de motiver le choix de la sanction qu'il entend infliger ? », Gazette du Palais, 30 octobre 2010, no 303, p. 30.

¹¹⁷⁵ AL SHOULI Khaled, Professions de santé, le cumul des peines disciplinaires, Droit, déontologie et soin, Juin 2013, volume 13, n°2, p. 189-196, Elsevier-Masson,

¹¹⁷⁶ C.E., QPC, 7 novembre 2012, n° 361995

La question était de savoir si en matière disciplinaire, le principe non bis in idem¹¹⁷⁷ trouvait à s'appliquer en l'espèce. Appuyant sa décision sur de nombreuses références jurisprudentielles (CEDH, C. Cass., C.E.) et après avoir rappelé sa propre jurisprudence en la matière pour ce qui est du cumul des sanctions, du cumul des qualifications et du cumul des poursuites ou des actions, le Conseil constitutionnel¹¹⁷⁸ considère « *qu'aux termes de l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, la loi ne doit établir que des peines strictement et évidemment nécessaires, et nul ne peut être puni qu'en vertu d'une loi établie et promulguée antérieurement au délit, et légalement appliquée [et] que les principes ainsi énoncés ne concernent pas seulement les peines prononcées par les juridictions pénales mais s'étendent à toute sanction ayant le caractère d'une punition* ». De telle sorte, l'article L. 145-2 et par conséquent l'article L145-5-2 du Code de la Sécurité sociale ne méconnaît aucun autre droit ou liberté que la Constitution garantit et l'a déclaré conforme à la Constitution.

Si sur le plan du Droit la décision est logique, sur le plan de l'exercice professionnel, on peut s'interroger, sur sa pertinence et sur l'utilité de ce double contentieux car si, comme nous l'avons évoqué supra, l'article L.145-5-1 CSS définit le régime des sanctions relevant du contentieux du contrôle technique destiné à réprimer « *[...] les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux* »¹¹⁷⁹, c'est la définition de ces différents agissements réels ou supposés qui va poser problème au moment du délibéré.

En 2006, ces notions ont été précisées par une circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie¹¹⁸⁰. Selon la circulaire, la faute constitue « *un manquement aux obligations dont l'origine peut être un fait positif, une faute par omission, une erreur, une ignorance, une imprudence, une maladresse ou une négligence* ». La négligence ou l'imprudence peuvent, à elles seules, constituer des éléments suffisants pour caractériser la faute. L'abus constitue « *un*

¹¹⁷⁷ La règle « non bis in idem » (ou « ne bis in idem ») est un principe classique de la procédure pénale, déjà connu du droit romain, d'après lequel « nul ne peut être poursuivi ou puni pénalement à raison des mêmes faits » (ancien code d'Instruction criminelle). Cette règle, qui répond à une double exigence d'équité et de sécurité juridique, est reconnue et appliquée dans l'ordre juridique interne par l'ensemble des pays respectueux de l'État de droit. En France, elle figure notamment à l'article 368 du code de procédure pénale. En vertu de la règle « non bis in idem » transposée au contentieux disciplinaire une même faute commise par un individu ne peut être sanctionnée sur le plan disciplinaire qu'une seule fois.

¹¹⁷⁸ Conseil constitutionnel, Décision no 2012-289 QPC

¹¹⁷⁹ Texte d'origine : ordonnance no 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles, J.O. 20 octobre 1945, p. 6721.

¹¹⁸⁰ CNAM, circulaire 30/2006, Rappel des notions de fraudes, fautes, abus, activités dangereuses, répression et prévention des fraudes, 20 juin 2006

usage avec excès d'un bien, d'une prérogative ou d'une pratique outrepassant des niveaux acceptables par incompétence, complaisance ou négligence. Il n'y a pas d'écart entre les pratiques et les normes législatives ou réglementaires mais entre les premières et des référentiels médicaux ». Enfin, la fraude constitue « *une action de mauvaise foi dans le but de tromper, de porter atteinte aux droits ou aux intérêts d'autrui. Il y a une intention de nuire ».* La circulaire précise que pour caractériser la fraude stricto sensu, il faut juridiquement la concordance des trois éléments constitutifs de l'infraction pénale. Un élément légal indispensable, fondement incontournable de la légalité des délits et des peines, garantie fondamentale des droits de la personne devant les juridictions répressives, exprimé par le célèbre adage « *nullum crimen, nulla poena sine lege* » et posé par l'article L.111-3 CP¹¹⁸¹. Un élément matériel constitué par une action concrète et un élément moral où l'auteur doit avoir conscience de son acte et l'avoir voulu.

Récemment¹¹⁸², une nouvelle circulaire de la CNAM apporte de nouvelles précisions permettant de mieux cerner ces notions. Les activités fautives sont celles qui rassemblent de manière réitérée des faits irréguliers au regard de textes juridiques, commis par une ou plusieurs personnes physiques ou morales en dehors des circonstances définissant la fraude ou les activités abusives. Elles ont la particularité d'être constitutives de faits irréguliers au regard de référentiels tels que notamment les nomenclatures dont l'interprétation peut être extensive et les évolutions parfois retardées par rapport aux pratiques.

L'abus est constitué par des activités abusives, c'est-à-dire celles qui rassemblent de manière réitérée des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques, lorsque aura été constatée l'exécution d'actes médicaux ou paramédicaux au-delà du besoin de soins du patient, des prescriptions d'actes paramédicaux, de produits de santé ou de services au-delà du besoin de soins du patient ou d'arrêts de travail ouvrant droit à indemnités journalières au-delà du besoin de repos du patient, la facturations d'honoraires outrepassant le tact et la mesure.

¹¹⁸¹ Code pénal, article 111-3 « *Nul ne peut être puni pour un crime ou pour un délit dont les éléments ne sont pas définis par la loi, ou pour une contravention dont les éléments ne sont pas définis par le règlement. Nul ne peut être puni d'une peine qui n'est pas prévue par la loi, si l'infraction est un crime ou un délit, ou par le règlement, si l'infraction est une contravention.* »

¹¹⁸² CNAM, circulaire 1/2012, Définitions opérationnelles de la fraude, des activités fautives et abusives pour l'Assurance Maladie, 02 janvier 2012

La fraude regroupe tous les faits illicites au regard des textes juridiques, commis intentionnellement par une ou plusieurs personnes physiques ou morales (assuré, employeur, professionnel de santé, fournisseur, transporteur, établissement, autre prestataire de services, employé de l'organisme) dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou indue au préjudice d'un organisme d'assurance maladie ou de la caisse d'assurance retraite et santé au travail ou encore de l'État s'agissant de la protection complémentaire en matière de santé, du bénéfice de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou de l'aide médicale de l'État.

La fraude se caractérise, lorsque ces faits illicites auront été constatés, dans au moins l'une des circonstances suivantes : établissement ou usage de faux, caractérisé par toute altération de la vérité sur tout document permettant l'ouverture des droits, sur toute pièce justificative, ordonnance, feuille de soins ou autre support de facturation [...] attestation ou certificat, sous forme écrite ou électronique (sont incluses dans cette circonstance les facturations d'actes ou de délivrances fictifs intentionnels), falsification notamment par surcharge, omission volontaire de déclaration¹¹⁸³, duplication, vol, prêt ou emprunt d'un ou plusieurs documents originairement sincères dont la carte Vitale et la Carte de professionnel de santé (CPS), en vue d'obtenir ou faire obtenir des prestations de manière illicite, facturation intentionnelle de prestation par une personne physique ou morale en sus de forfaits ou de dotation incluant celle-ci, délivrance facturée à l'Assurance Maladie de produits de santé et/ou exécution d'actes intentionnellement au-delà de la prescription, facturation d'actes, de délivrances ou de prestations en lien avec un exercice illégal d'une profession réglementée par le CSP ou réalisés en totalité ou en partie par du personnel non qualifié ou non déclaré, facturation d'actes, de délivrances ou de prestations hors champ de compétence ou hors autorisation ou malgré le prononcé d'une sanction, activité frauduleuse menée dans le cadre d'une bande organisée, obtention du bénéfice, en connaissance de cause, des activités d'une bande organisée, sans y avoir activement participé.

L'article R145-15 CSS énonce les différents organismes ayant le pouvoir de saisir les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance des ordres intéressés. Or, en tant qu'assesseur titulaire de la section des Assurances Sociales de la CDPI du

¹¹⁸³ « [...] Y compris la déclaration prévue à l'article L. 441-2 du Code de la Sécurité sociale) ou de modification de cette même déclaration, lorsque ces faits conduisent à l'attribution ou au maintien injustifié de droits à l'assurance maladie et à la protection complémentaire en matière de santé ou à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ».

CROMK LR¹¹⁸⁴ après avoir siégé comme assesseur rapporteur au sein de la section des assurances sociales de la CDPI du conseil régional de l'Ordre des médecins du Languedoc-Roussillon pendant près de 10 ans, jusqu'à ce jour, je n'ai vu que des Caisses d'assurance maladie saisir cette juridiction.

L'article L145-5-1 CSS énonce que « *les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes [...] à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux sont soumises en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des masseurs-kinésithérapeutes [...] et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.../..., dites "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes".*

La lecture attentive et une interprétation objective de cet article inciteraient à penser que cette saisine ne devrait être utilisée par les Caisses d'Assurances Maladies que pour les seuls faits de fautes graves. Or, ce n'est que rarement le cas. Le plus souvent les SAS sont saisies par une caisse d'assurance maladie à la suite de divergences d'appréciation de la cotation de certains actes professionnels entre le masseur-kinésithérapeute ayant réalisé l'acte et les services du contrôle médical. Le contentieux naît alors non pas d'une faute, d'un abus ou d'une fraude mais de l'interprétation différente de la NGAP entre les syndicats professionnels et les médecins-conseils des caisses d'assurance maladie.

En l'occurrence, les Caisses d'assurance maladie se fondent sur l'article L162-12-8 du Code de la Sécurité sociale¹¹⁸⁵ qui dispose que « *Les masseurs-kinésithérapeutes sont tenus d'effectuer leurs actes dans le respect des dispositions du titre III du livre IV du code de la santé publique et de leurs mesures d'application en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions.* » pour considérer qu'un conflit de nomenclature est une fraude. Il est regrettable que des professionnels de santé appliquant à la lettre les dispositions de la NGAP¹¹⁸⁶ soient traduits devant cette juridiction ordinaire pour de

¹¹⁸⁴ Cour administrative d'appel de Marseille, arrêté n° SAS/2014/04, portant nomination d'assesseurs à la section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Languedoc-Roussillon, 7 février 2014

¹¹⁸⁵ Code de la Sécurité sociale : article L162-12-8 Créé par Loi n°94-637 du 25 juillet 1994 - art. 26 JORF 27 juillet 1994

¹¹⁸⁶ Les actes pris en charge les actes par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la Liste des actes et des prestations (art L162-1-7 du code la Sécurité Sociale). L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie a, le 11 mars 2005 (JORF n°74 du 30 mars 2005 page 5309), décidé de distinguer deux parties dans cette liste. La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), qui regroupe les actes techniques réalisés par les

simples anomalies de cotation qui sont de la compétence du Tribunal des Affaires de Sécurité sociale¹¹⁸⁷ dans le cadre du contentieux général de la Sécurité sociale. Le TAAS st une juridiction de l'ordre judiciaire qui a compétence pour connaître des différends qui peuvent s'élever à l'occasion de l'application des dispositions du Code de la Sécurité sociale, notamment en matière de contentieux général¹¹⁸⁸. Il comprend des formations de jugement dites aussi "Chambres" qui sont composées d'un Président, magistrat en service ou d'un magistrat honoraire, assisté de deux assesseurs élus qui jugent les différends nés de l'application du Code de la Sécurité sociale. Le Président peut statuer en référé. Il peut aussi, sauf si les parties ou l'une d'elles s'y opposent, statuer seul lorsque les assesseurs ou l'un d'eux ne se présentent pas à l'audience. La compétence territoriale de cette juridiction est départementale. La procédure y est orale. Les jugements sont rendus en dernier ressort lorsque l'intérêt du litige n'excède pas 4 000 €. Au-delà de cette somme, les parties disposent d'un recours devant la Cour d'appel du ressort. L'opposition n'est pas ouverte contre les jugements par défaut rendus par cette juridiction. Les jugements des TASS rendus en dernier ressort peuvent être portés devant la Cour de Cassation. Toute réclamation dirigée contre une décision prise par un organisme de Sécurité sociale, ne peut faire l'objet d'une saisine du Tribunal des affaires de Sécurité sociale, qu'après avoir été soumise à l'appréciation d'une "Commission de recours amiable" constituée de membres du Conseil d'administration de la Caisse. La Commission de recours amiable doit être saisie dans les deux mois de la date de notification de la décision des services de la Caisse. En cas de rejet de la réclamation par la Commission dont la décision est notifiée à l'intéressé, l'affaire peut être portée devant le TASS dans un nouveau délai de deux mois à compter de la date de la notification dont il a été question ci-dessus, car c'est cette dernière décision qui fera l'objet du recours contentieux. À défaut de dispositions particulières régissant la procédure suivie devant le TASS, les règles du Code de procédure civile sont applicables. Si les Caisses d'assurance maladie semblent privilégier la saisine des SAS des chambres disciplinaires des conseils régionaux de l'Ordre,

médecins décrits au Livre II et les dispositions générales et diverses s'y rapportant qui figurent au Livre I et au Livre III aux articles 1, 2 et 3 et la NGAP, qui reste en vigueur pour les actes cliniques médicaux, les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Seules les modifications entraînées par la mise en œuvre de la CCAM sont mentionnées au Livre III à l'article III-4 (modifications des dispositions générales, suppression de titres, de chapitres, d'actes...). Depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005, toutes les modifications de la Liste des actes et des prestations font l'objet de décisions UNCAM publiées au Journal officiel. Les évolutions concernant la NGAP pour les actes cliniques, dentaires ou les actes des auxiliaires médicaux, sont signalées à l'article III-4 du Livre III de la Liste.

¹¹⁸⁷ Source : <http://www.dictionnaire-juridique.com/definition/tribunal-des-affaires-de-securite-sociale.php/>

¹¹⁸⁸ Articles L142-1 à L142-7 et R142-10 à R142-31 CSS

c'est peut-être parce qu'en matière de récupération d'indus, lorsque le contentieux porte sur une différence d'interprétation entre les parties, la jurisprudence, régulièrement, les déboute de leurs prétentions. En l'espèce, on peut citer plusieurs décisions récentes de la Chambre sociale de la Cour d'appel de Montpellier (26 novembre 2008, n° 1209, RG 08/02 991 ; 26 juin 2013, RG 11/07 519 ; et dans une espèce proche (facturation d'actes multiples au cours d'une même séance Cass. civ.2, 3 juillet 2008, n° 07-16 728 ; Cas. civ.2, 8 janvier 2009, n° 07-21 870 ; Cass. civ. 2, 9 juillet 2009, n° 08-14 810). À la fin de l'année 2008, la profession va se voir dotée d'un code de déontologie¹¹⁸⁹.

Paragraphe 2 Une profession enfin dotée d'un Code de déontologie

Si pour une partie de la profession la publication du décret n° 2008-1135 est passée relativement inaperçue ou du moins n'a pas suscité un grand intérêt, il en est autrement pour les juristes car « *la naissance d'un nouveau code de déontologie est un événement significatif. Dans le cas présent, elle l'est en particulier en ce qu'elle parachève l'évolution de l'organisation de la profession de masseur-kinésithérapeute et apparaît comme l'un des symboles de l'ascension et de l'institutionnalisation de cette profession*¹¹⁹⁰ ». D'autant plus, que l'évolution des différents codes de déontologie des professions médicales depuis un demi-siècle se caractérise par ce que Pierre SARGOS qualifie de révolution éthique « [...] *en ce sens que le droit des patients sont devenus l'objet majeur de ces codes [...] Une des conséquences importante est que désormais les normes déontologiques ne sont plus appréciées dans le seul cadre étroit du contentieux disciplinaire ordinal, mais irriguent beaucoup de décisions dans des litiges de droit commun, et notamment de responsabilité* »¹¹⁹¹.

1. Des règles déontologiques édictées réglementairement après consultation de la profession

La loi, comme c'est l'usage en la matière, à confier à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes l'obligation de s'assurer de l'observation, par tous ses membres, des règles édictées par le

1189 Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 5 novembre 2008, p. 16883

1190 DUBOUIS Louis, Le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes entre mimétisme et particularisme, Revue de droit sanitaire et social, n°3, 15 mai 2009, p. 522

1191 SARGOS Pierre, Président de chambre à la Cour de cassation, « La révolution éthique des codes de déontologie des professions médicales et ses conséquences juridiques et judiciaires », Recueil Dalloz, n°2, 22.03.2007, p. 811

code de déontologie, décret pris en Conseil d'État après avis du CNOMK¹¹⁹². Cette précision nous semble importante dans la mesure où pour les autres professions de santé ordinales les textes précisent que les professions médicales et pharmaceutiques les prépareront¹¹⁹³, les masseurs-kinésithérapeutes à la différence des autres professions paramédicales ordinales ne seront que consultés¹¹⁹⁴. De surcroît, le domaine de compétence de ce code de déontologie est limité aux droits et devoirs déontologiques et éthiques de la profession à l'égard de ses membres, des autres professionnels de santé et à l'égard des patients ce qui exclut les relations professionnelles liées à un contrat de travail avec un tiers comme peut l'être un établissement hospitalier public ou privé.

Quelques différences méritent d'être soulignées. À la différence des ordres des professions médicales et des infirmiers¹¹⁹⁵ à qui a été confié le soin de veiller « au dévouement et à la compétence » de leurs pairs, ni les masseurs-kinésithérapeutes ni les pédicures-podologues ne se voient confier cette mission. A contrario, la loi précitée impose aux ordres nouvellement créés de veiller non seulement à l'observation des devoirs professionnels mais également à celui de leurs « droits et obligations »¹¹⁹⁶.

De même, en matière d'élection et de composition des différents conseils, les différents modes d'exercice (libéral et salarié) de la profession vont être pris en compte, ce qui n'est pas le cas pour les professions médicales alors que, comme le souligne supra Joël MORET-BAILLY leurs modes d'exercice sont au moins aussi divers et qu'en l'espèce la conception

1192 Article L4321-1 CSP « Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, fixe les règles du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Ces dispositions se limitent aux droits et devoirs déontologiques et éthiques de la profession à l'égard de ses membres, des autres professionnels de santé et à l'égard des patients. Les dispositions de l'article L. 4398-1 ne sont pas applicables aux masseurs-kinésithérapeutes. »

1193 Article L.4127-1 CSP « Un code de déontologie, propre à chacune des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, préparé par le conseil national de l'ordre intéressé, est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat. » ; article L4235-1 CSP « Un code de déontologie, préparé par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens, est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat [...] »

1194 Professions médicales, article L. 4127-1 CSP « Un code de déontologie, propre à chacune des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, préparé par le conseil national de l'ordre intéressé, est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat. » ; Pharmaciens, article L.4235-1 CSP « Un code de déontologie, préparé par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens, est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat[...] » ; Infirmier(e)s : article L. 4312-1 CSP « Il est institué un ordre national des infirmiers [...]. Le conseil national de l'ordre prépare un code de déontologie, édicté sous forme d'un décret en Conseil d'Etat. »

1195 Article 4121-2 CSP (modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 46 JORF 5 mars 2002) « *L'ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels [...]* »

1196 MORET-BAILLY Joël, Les ordres professionnels des professions d'auxiliaires médicaux, RDSS, n°2, 15 avril 2007, p. 472

retenue par le législateur est très réductrice et aura pour conséquence que le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes n'aura pas la même force que celui des professions médicales. Or, l'un des principaux apanages des professions organisées en ordres professionnels est constitué par le code de déontologie, véritable code de l'exercice professionnel et du comportement du professionnel dans sa vie sociale. Édiktés sous forme de décret en Conseil d'État, ces codes font partie intégrante de la partie réglementaire du CSP depuis 2004¹¹⁹⁷, ce qui leur donne une valeur normative certaine et une réelle force contraignante. Ils offrent aux instances ordinales un pouvoir de contrôle sur les professionnels inscrits au tableau tant sur le plan disciplinaire que sur celui de l'indépendance dans leurs relations professionnelles, notamment en ce qui concerne les salariés. Or, en limitant la règle déontologique applicable aux masseurs-kinésithérapeutes « [...] *aux droits et devoirs déontologiques et éthiques de la profession à l'égard de ses membres, des autres professionnels de santé et à l'égard des patients* », cela revient à exclure du code de déontologie le contrôle des relations entre les professionnels salariés et leurs employeurs. C'est une première du genre en la matière. Il en sera de même en ce qui concerne la profession d'infirmière lorsqu'elle sera dotée en 2006 d'un ordre professionnel¹¹⁹⁸. Nous pensons que ce n'est pas un hasard si ces deux professions ont vu le domaine de compétence de leurs règles déontologiques amputé d'une partie de ses prérogatives dans la mesure où les pouvoirs publics ont certainement souhaité « garder la main » sur les relations salariales dans le secteur public hospitalier et par là même éviter un certain nombre de contentieux administratif.

Conformément à la procédure instituée, le CNOMK a rendu son avis le 14 février 2008. Dans les faits, après leur mise en place, la première tâche à laquelle se sont attelées les instances ordinales nationales a été la rédaction d'un projet de code de déontologie. Une trame réalisée par les membres de la commission de déontologie du CNOMK a été diffusée à tous les CDOMK, à charge pour eux d'y apporter modifications et ajouts estimés nécessaires.

Le décret n° 2008-1135 nous apprend que le Conseil de la concurrence consulté a rendu un avis le 29 juillet 2008¹¹⁹⁹, ce qui n'était pas expressément prévu dans la loi.

1197 Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF du 8 août 2004, p. 14150

1198 Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers, JORF du 27 décembre 2006, p. 19689

1199 Conseil de la concurrence, Avis n°08-A-15 du 29 juillet 2008 relatif au projet de décret portant code de déontologie des masseurs kinésithérapeutes

2. Des règles déontologiques soumises à l'avis du Conseil de la concurrence

Mais comme le rappelle Caroline RAJA¹²⁰⁰, c'est au niveau de l'impact anticoncurrentiel que les codes de déontologie des professions de santé vont être soumis à l'examen du Conseil de la concurrence qui, aux termes de l'article L.462-1 et s. du Code du commerce, est compétent pour se prononcer sur tous projets de textes réglementaires instituant un nouveau régime ayant pour effet direct de soumettre l'exercice d'une profession à des restrictions quantitatives ou d'imposer des pratiques uniformes en matière de prix¹²⁰¹.

Après avoir rappelé que le projet de décret soumis à son analyse s'articule, à l'instar des autres codes de déontologie des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales, autour de quatre axes : devoirs généraux des masseurs-kinésithérapeutes, devoirs envers les patients, devoirs envers les confrères et les membres des autres professions de santé, exercice de la profession, le Conseil de la concurrence remarque qu'en matière d'exercice professionnel ce projet de code prévoit de nouvelles règles qui, en l'absence de réglementation préexistante, limitent l'exercice de la profession. Ne pouvant se prononcer sur les dispositions réglementaires autorisées par la loi, il va valider celles prévoyant une limitation de la publicité dans la mesure où ces mesures sont autorisées par le code de la santé publique (article L.5122-1 et s. CSP). Il en sera de même pour les dispositions interdisant à un masseur-kinésithérapeute de pratiquer toute ristourne d'argent ou en nature à quelque personne que ce soit (article L.377-3 CSS¹²⁰²).

1200 RAJA Caroline, Les règles de la concurrence sous le contrôle du Conseil de la concurrence, *Revue Droit et santé*, n° 28, mars 2009, *Les Etudes Hospitalières*, p.185-188

¹²⁰¹ En l'espèce, ce n'est pas la première fois que le droit de la concurrence s'immisce dans l'exercice de la masso-kinésithérapie. Un arrêté du 27 novembre 1995 relatif à l'information du consommateur sur les tarifs pratiqués par les masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs (JORF du 1^{er} décembre 1995, p. 17570) imposait aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux d'afficher dans leur salle d'attente leur situation au regard des organismes d'Assurance maladie, leur situation conventionnelle et les prix des six prestations non remboursables les plus fréquemment effectuées. Il leur était également imposé de remettre à leurs patients un devis en cas de prestation de service d'un montant supérieur à mille francs (150 €). Lorsqu'on sait que moins de 0,2% des masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas conventionnés et que ceux qui le sont manquent de temps pour répondre à la demande de soins conventionnés on peut légitimement se poser la question de l'utilité d'une telle mesure réglementaire qui sera abrogée en 2009 par l'arrêté du 25 mars 2009 portant abrogation de l'arrêté du 27 novembre 1995 relatif à l'information du consommateur sur les tarifs pratiqués par les masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs et des articles 1^{er} et 3 de l'arrêté du 11 juin 1996 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux, JORF du 08 avril 2009, p. 6190

1202 Code de la Sécurité Sociale, article L377-3 « Sera puni d'une amende de 3 750 euros et d'un emprisonnement de six mois ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, soit par menaces ou abus d'autorité, soit par offre, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques faits à des assurés ou à des caisses de sécurité sociale ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les assurés notamment dans une clinique ou cabinet médical, dentaire ou officine de pharmacie. »

Trois types de clauses vont subir les foudres de la censure du Conseil de la concurrence : celles qui portent sur la limitation du nombre de cabinets secondaires, celles instituant des clauses de non-concurrence aux remplaçant (e) s et celles qui restreignent l'exercice de la profession.

En matière de clause de non-concurrence imposée aux remplaçants la position du Conseil de la concurrence ne prête pas le flanc à la critique car dans ce domaine beaucoup d'excès furent commis. Sur certains contrats, pour un remplacement de moins de huit jours en zone urbaine, la clause de non-concurrence prévoyait une interdiction de tout exercice professionnel dans un rayon de 20 kilomètres pendant 5 ans ! Nous eûmes à viser un contrat où nous fûmes obligés de calculer la zone géographique de ladite clause imposée par une SCP, disposant de plusieurs lieux d'exercice professionnel. Limitée dans le temps à trois ans, elle couvrait une zone géographique englobant l'ouest du département de l'Hérault, une petite partie du département du Tarn et une zone de 2 miles nautiques au large du Cap d'Agde !

3. Des règles déontologiques sources d'ambiguïtés

A. L'ambiguïté de la distinction lieu habituel d'exercice et cabinet secondaire

Par contre, en matière de cabinet secondaire, la position adoptée par le Conseil de la concurrence, si elle est conforme à sa jurisprudence s'avère délétère sur un plan pratique. En l'espèce, Le projet initial du CNOMK prévoyait l'interdiction d'avoir plus d'un cabinet secondaire sauf autorisation préalable de l'Ordre. Se référant aux dispositions applicables en la matière aux professions médicales, le Conseil de la concurrence ayant relevé que les dispositions envisagées étaient beaucoup plus restrictives, l'article R.4321-129 fut ainsi rédigé *« Le lieu habituel d'exercice du masseur-kinésithérapeute est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle, conformément à l'article L. 4321-10, il est inscrit sur le tableau du conseil départemental de l'ordre. Un masseur-kinésithérapeute ne peut avoir plus d'un cabinet secondaire, dont la déclaration au conseil départemental de l'ordre est obligatoire. Toutefois, [le CDOMK] dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée peut accorder, lorsqu'il existe dans un secteur géographique donné une carence ou une insuffisance de l'offre de soins, préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins, une autorisation d'ouverture d'un ou plusieurs lieux d'exercice supplémentaires [...] »*

La rédaction de cet article associe, nous pensons de manière maladroite, « lieu habituel d'exercice » notion directement empruntée au code de déontologie médicale¹²⁰³, qui figure également dans les codes de déontologie des sages-femmes et des chirurgiens-dentistes¹²⁰⁴, ainsi rédigé l'article R.4127-5 CSP « *Le lieu habituel d'exercice d'un médecin est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit sur le tableau du conseil départemental, conformément à l'article L. 4112-1 du code de la santé publique.* » et « cabinet secondaire » défini à l'article 85 du code de déontologie médicale de 1995¹²⁰⁵ comme étant le lieu où « [...] *médecin reçoit en consultation de façon régulière ou habituelle des patients dans un lieu différent du cabinet principal* ». Le texte ordonne que « [...] *la création ou le maintien d'un cabinet secondaire, sous quelque forme que ce soit, n'est possible qu'avec l'autorisation du conseil départemental de l'ordre intéressé.* » étant bien précisé que cette autorisation ne sera accordée que dans l'intérêt des patients « [...] *si l'éloignement d'un médecin de même discipline est préjudiciable aux malades et sous réserve que la réponse aux urgences, la qualité et la continuité des soins soient assurées* ». L'autorisation accordée intuitu personae, est non cessible, limitée à trois ans, révocable à tout moment, son renouvellement devant être expressément formulé étant soumis à l'appréciation du CDOM territorialement compétent. In fine il était précisé qu'un médecin ne pouvait avoir plus d'un cabinet secondaire. En sus de « *leur lieu d'exercice habituel* » l'article R.4321-129 autorise donc les masseurs-kinésithérapeutes à avoir « *un cabinet secondaire* » et selon les circonstances à solliciter du conseil de l'ordre l'autorisation d'ouverture d'un ou plusieurs « *lieux d'exercice supplémentaires* ». Quelle différence peut-on faire entre un cabinet secondaire et un lieu d'exercice supplémentaire ? Doit-on considérer qu'un masseur-kinésithérapeute qui intervient régulièrement au sein d'un EHPAD ou d'une clinique médico-chirurgicale dispose ainsi d'un lieu d'exercice supplémentaire ? La question reste posée car c'est un cas de figure que nous avons déjà rencontré au sein du CDOMK 34 et qui pour l'instant n'a pas trouvé de solution satisfaisante.

En pratique, cela signifie que ce n'est qu'au deuxième cabinet secondaire que le masseur-kinésithérapeute doit solliciter l'autorisation de son CDOMK qui ne pourra l'accorder que si les critères fixés sont remplis c'est-à-dire une ouverture dans un secteur ou existe une carence

1203 Décret no 2005-481 du 17 mai 2005 modifiant le code de déontologie médicale, JORF du 18 mai 2005, p. 8589

1204 Sages-femmes : article R. 4127-346 CSP ; Chirurgiens-dentistes : Art. R. 4127-270 CSP

1205 Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, JORF du 8 septembre 1995, p.13305

ou une insuffisance de l'offre de soins encore faut-il qu'elle soit préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins. Si sur le plan du droit de la concurrence cette décision peut se comprendre, dans les faits elle peut être à l'origine de bien des excès comme nous l'avons constaté il y a peu de temps à l'occasion de la mise en place de mesures en faveur d'un rééquilibrage de l'offre de soins des masseurs-kinésithérapeutes instituant notamment des mesures de restriction au conventionnement dans des zones classées « surdotées »¹²⁰⁶.

B. L'exploitation d'une distinction ambiguë lors de la mise en place d'une restriction au conventionnement

Publié le 14 janvier 2012, les dispositions de ce texte ne furent réellement appliquées qu'au mois de juillet 2013 dans la majorité des départements français. Dans l'Hérault, département figurant parmi les mieux dotés de France en matière de masseurs-kinésithérapeutes libéraux, cette mesure ne fut effective qu'à compter du 1^{er} janvier 2014. Dans toutes les zones surdotées nous assistâmes à un déferlement de création de cabinets secondaires. Responsable du pôle juridique du CDOMK 34 depuis le 1^{er} janvier 2009 et donc en charge de l'examen de tous les contrats relatifs à l'exercice professionnel des masseurs-kinésithérapeutes inscrits au tableau du CDOMK 34, jusqu'à la fin du 1^{er} trimestre 2012 nous n'avions eu aucune demande d'enregistrement de cabinet secondaire. Dès que les instances syndicales eurent relayées l'information de la publication de l'avenant conventionnel n° 3 le CDOMK 34 fut littéralement submergé par un véritable « tsunami » de déclarations de cabinet secondaires. Étonnamment, des consœurs et des confrères, parfois installés (e) s parfois depuis de longues années à la même adresse se sentirent obligés de déclarer une activité secondaire... hébergée à leur domicile familial. Au 31 décembre 2012, uniquement dans le ressort de l'Agglomération de Montpellier pas moins de 102 cabinets secondaires furent officiellement créés auxquels il faut ajouter les 111 de l'année 2013. Saisi d'un recours en annulation par le syndicat départemental des masseurs-kinésithérapeutes des Landes, le Conseil d'État annula partiellement l'avenant conventionnel précité au motif que la mesure de restriction au conventionnement était entachée d'illégalité¹²⁰⁷. Alors qu'entre le 1^{er} janvier 2014 et le 17 janvier seulement huit déclarations de cabinet secondaires, tous situés dans des zones où la liberté de conventionnement avait été maintenue furent enregistrées, dès le 18 janvier 2014, les déclarations affluèrent de nouveau puisque au 31 décembre 2014 c'est un

1206 Arrêté du 10 janvier 2012 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, JORF du 14 janvier 2012, p. 722

1207 C.E., n° 357594, 17 mars 2014 ; Décision n° 357594 du 17 mars 2014 du Conseil d'État statuant au contentieux, JORF du 21 mars 2014, p. 5640

peu moins de 100 cabinets secondaires qui furent enregistrés. Au total ce ne sont pas moins de 300 cabinets secondaires qui furent officiellement déclarés. Il ne faut pas être dupe. Ces créations ne le furent que de pure opportunité. Pour beaucoup, ayant pris le soin de déclarer une activité secondaire dans deux bassins de vie différents il fallait « occuper le terrain » pour dissuader ou du moins tenter de dissuader, tant qu'il en était encore temps, les consœurs ou les confrères tentés de s'installer. Pour d'autres, et ils sont nombreux, cette création d'une activité secondaire était motivée par un esprit de lucre. Le conventionnement en zones surdotées devenant impossible sauf à remplacer un confrère qui cesserait définitivement d'exercer dans cette zone sur dotée, la tentation était grande de revendre au prix fort non pas une patientèle mais un « permis de conventionnement ».

Dans bon nombre de cas, malheureusement impossible à vérifier, sauf lorsque le CDOMK est saisi d'une plainte, cela fut aussi l'occasion de favoriser la mise en gérance implicite d'un cabinet professionnel. Le titulaire exerçant exclusivement en un lieu et faisant exploiter le second par un ou plusieurs assistants collaborateurs. À ce sujet, le CNOMK souhaitait qu'il ne puisse y avoir qu'un seul collaborateur par cabinet ou, dans le cas d'exercice sous forme de société, un collaborateur par associé. Alors que les médecins et les chirurgiens-dentistes ne peuvent avoir qu'un seul collaborateur, le conseil de la concurrence aux motifs que dans le domaine de l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute une telle mesure ne se justifiait pas par un objectif de qualité de soins et constituait une entrave à la liberté d'entreprendre et à l'exercice professionnel censura la proposition.

C. Un code de déontologie rédigé à l'identique de celui des médecins

Alors qu'on aurait pu penser que les masseurs-kinésithérapeutes profiteraient de l'occasion qui leur était offerte pour se démarquer de la tutelle de la profession médicale, il n'en fut rien. Indéniablement, ses concepteurs ont pris comme modèle de référence le code de déontologie médicale en essayant de lui être le plus fidèle possible notamment en ce qui concerne l'architecture générale et l'ordonnancement des articles alors que les pédicures-podologues, qui en l'espèce ont fait preuve de beaucoup plus de liberté s'en sont résolument écartés pour se rapprocher de celui des chirurgiens-dentistes. Mais, comme le souligne Louis DUBOUIS¹²⁰⁸ ce mimétisme trouve son explication dans le champ d'intervention très général des deux professions, même si celui des masseurs-kinésithérapeutes est plus limité que celui des médecins. Le domaine de compétence des pédicures-podologues et des chirurgiens-

1208 DUBOUIS Louis, Le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes entre mimétisme et particularisme, RDSS, n° 3, 15 mai 2009, p. 522

dentistes étant beaucoup plus limité a incité les premiers nommés à se rapprocher des seconds pour s'inspirer de leur code de déontologie. Cependant force est de constater qu'entre les deux codes existent quand même quelques différences liées à la nature des activités et à des formes d'exercice professionnel différent. Aux missions traditionnelles, les professions médicales et les infirmier (e) s¹²⁰⁹ se sont vues rajouter le soin de veiller « au dévouement et à la compétence » de leurs pairs ce qui n'est pas le cas ni des masseurs-kinésithérapeutes ni des pédicures-podologues.

A contrario, la loi impose aux ordres qu'elle a récemment créé le soin de veiller non seulement à l'observation des devoirs professionnels mais également à celui de leurs « droits et obligations »¹²¹⁰. De même, en matière d'élection et de composition des différents conseils, les différents modes d'exercice (libéral et salarié) de la profession vont être pris en compte, ce qui n'est pas le cas pour les professions médicales alors que, comme le souligne supra Joël MORET-BAILLY leurs modes d'exercice sont au moins aussi divers.

Le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes se singularise par le fait qu'il prend en compte de l'exercice professionnel non thérapeutique ce qui va présenter de réels avantages en matière de confraternité et de sécurité des soins de confort, d'hygiène ou de remise en forme. Mais elle va avoir pour inconvénient majeur d'interdire toute publicité de cette activité non thérapeutique ce qui, par exemple, va pénaliser et marginaliser les masseurs-kinésithérapeutes qui voudront réinvestir le champ du massage face aux esthéticiennes et autres « masseurs bien-être » qui eux pourront librement y avoir recours. Le principe de la prohibition de toute publicité est posé par l'article R.4321-67 1^{er} alinéa CSP « La masso-kinésithérapie ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité [...] » mais comme il est de coutume en matière juridique, ce principe est immédiatement tempéré par une exception prévue à l'article R.4321-124 qui dispose que dans le cadre de l'activité non thérapeutique, la publicité est exclusivement autorisée dans les annuaires à usage du public mais dans une autre rubrique que celle des masseurs-kinésithérapeutes. Dans la mesure où on n'est jamais trop prudent, il faut éviter la confusion des genres ! Si nous pouvons comprendre que dans le cas d'un exercice mixant des

1209 Article 4121-2 CSP (modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 46 JORF 5 mars 2002) « L'ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent au maintien des principes de moralité, de probité, **de compétence** et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels [...] »

1210 MORET-BAILLY Joël, Les ordres professionnels des professions d'auxiliaires médicaux, RDSS, n°2, 15 avril 2007, p. 472

activités thérapeutique et non thérapeutique, le conseil de l'Ordre ait un droit de veto sur une publicité qui serait contraire aux valeurs inhérentes à un professionnel de santé nous sommes plus réservés sur le fait que, lorsque le masseur-kinésithérapeute exerce exclusivement dans le cadre non thérapeutique, la règle déontologique précitée impose que « [...] *le dispositif publicitaire est soumis à l'accord du conseil départemental de l'ordre. En cas de refus, un recours peut être formé devant le conseil national de l'ordre.* » Enfin, sur un plan purement théorique, les dispositions de l'article L4321-21 CSP nous interpellent en ce que le législateur a fait cohabiter dans une étrange proximité « déontologie » et « éthique » ce qui nous semble pouvoir être une source de confusion car ces deux termes définissent des notions très différentes.

Déontologie est un terme didactique dont le premier emploi en France est attesté en 1825 dans l'ouvrage traduit du philosophe utilitariste anglais Jeremy BENTHAM¹²¹¹ « *Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art et Sciences* ». C'est à ce dernier qu'on doit le premier emploi du mot en anglais « *Ethics has received the more expressive name of Deontology* ». Le mot, emprunté à l'anglais *deontology* à partir de deux racines grecque que sont *to déon* « ce qu'il convient de faire », de *deîn* « lier, attacher » au sens propre comme au figuré et de *logos* « le discours, la doctrine ». Ce mot se rapporte à la théorie des devoirs. Par métonymie, il désigne l'ensemble des règles morales régissant l'exercice d'une profession¹²¹². Initialement, il s'agissait d'une science philosophique de la morale, sans réelle application pratique. Très rapidement le mot déontologie va intégrer le langage professionnel et spécifiquement celui des médecins pour avoir un sens pragmatique très concret et désigner les devoirs liés à la pratique de l'art médical. La déontologie médicale se définit alors comme l'ensemble des devoirs qui s'imposent aux médecins et de facto va trouver à s'appliquer à l'ensemble des professionnels de santé dans l'exercice de leurs pratiques de soins. Sur un plan plus formel, force est de reconnaître que la déontologie des professions de santé a, aujourd'hui, toutes les caractéristiques de la règle de droit tant au regard de son édicition, de sa valeur juridique et de sa mise en œuvre coercitive. Au sens étroit, cette déontologie sera définie comme le droit disciplinaire des professionnels de santé.

1211 BENTHAM Jeremy (1748-1832), philosophe, économiste anglais, père de l'utilitarisme, doctrine morale et politique fondée sur la notion d'utilité ou de « principe du plus grand bonheur » permettant de diviser les actions ou les choses en bonnes ou mauvaises selon qu'elles tendent à augmenter ou non le bonheur et à diminuer la souffrance. Source : <http://www.cnrtl.fr/definition/utilitarisme>

1212 Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain REY, Le grand Robert, édition 2012

Deux approches différentes permettent de comprendre l'origine et la nature de la déontologie des professions de santé, l'une philosophique et l'autre historique. Pour BENTHAM, « *La déontologie est la science des devoirs...* » et c'est d'ailleurs comme cela qu'elle est définie par Littré en 1874 dans son Dictionnaire de la langue française. Elle n'est pas la loi mais « *la partie de nos actions à laquelle les lois positives laissent un champ libre* ». Pendant des siècles la " norme morale " en occident n'émanait que des religions, avant que la philosophie et la laïcité ne fondent les bases d'un humanisme devenu universel en Occident. Comme le souligne Jacques RICHAUD¹²¹³, en médecine la déontologie proviendrait d'un héritage hippocratique modernisé... Il s'agirait d'un humanisme appliqué à la médecine... pour Raymond VILLEY ancien président de l'Ordre National des Médecins « *La déontologie... est plus détaillée et plus nuancée que la morale et que le droit... Elle adapte droit et principes moraux à l'exercice de la médecine* ».

Cependant pour un certain nombre d'auteurs tel JEAN CLAVREUL¹²¹⁴ « *L'idéologie médicale se confond avec l'idéologie dominante... Le savoir médical est un savoir sur les maladies, non sur l'homme... et la déontologie préserve la respectabilité professionnelle avant l'intérêt du malade* ». Plus sévère encore le juriste SABATIER écrivait dans son traité de droit médical (1956) : « *Comment le médecin peut-il devenir le maître du malade ? Le paternalisme tourne à l'impérialisme médical* ». Pour le profane la déontologie se résume au Serment d'Hippocrate. Du point de vue historique, l'histoire nous enseigne que la déontologie médicale, sans renier totalement ses racines hippocratiques, est étroitement liée à l'histoire de trois événements : le développement de la protection sociale, le développement du syndicalisme médical et la création de l'Ordre des médecins.

L'éthique est un emprunt savant d'abord comme substantif (vers 1265) au latin impérial *ethica* « morale » en tant que partie de la philosophie, lui-même emprunté du grec *êthikon*, neutre substantivé de *êthikos* « qui concerne les mœurs, la morale ». Comme adjectif le mot apparaît en 1553, emprunté au latin *êthicus* « qui concerne les mœurs », également du grec *êthikos*. Le terme grec est dérivé de *êthos* « manière d'être habituelle, caractère » et « mœurs », mot conservé en grec moderne. Le mot éthique a été introduit comme terme de philosophie pour désigner la science de la morale et, par métonymie, un ouvrage traitant de

1213RICHAUD Jacques, Déontologie et citoyenneté : pour une résistance et une alternative, Groupe réflexion santé 31 ; Contribution, n° 17, juin 2005, p. 5

1214 CLAVREUL Jean (1923 - 2006), psychanalyste français disciple de Jean LACAN auteur de nombreux ouvrages dont L'Ordre médical, Le Seuil, 1978

cette science.¹²¹⁵ L'éthique, se distingue cependant de la morale en ce qu'elle est expurgée de toute croyance religieuse. En simplifiant, on peut dire que l'éthique est une morale empreinte d'athéisme. L'éthique est l'art de diriger sa conduite que ce soit sur un plan personnel mais surtout professionnel. Il est classique de considérer que l'éthique se construit à partir des trois notions suivantes « *je veux, je peux, je dois* ». Discipline philosophique qui réfléchit sur les finalités, sur les valeurs de l'existence, sur la notion de "bien" ou sur des questions de mœurs ou de morale, dans un sens restreint elle est la science qui prend pour objet immédiat les jugements d'appréciation sur les actes qualifiés de bons ou mauvais. Elle peut également être définie comme une réflexion sur les comportements à adopter pour rendre le monde humainement habitable. En cela, l'éthique est une recherche d'idéal de société et de conduite de l'existence qui bénéficie, de nos jours, d'une connotation moins péjorative que la "morale" qui est plus théorique ou philosophique. Tandis que la morale est un ensemble de règles ou de lois ayant un caractère universel, irréductible, voire éternel, l'éthique s'attache aux valeurs et se détermine de manière relative dans le temps et dans l'espace, en fonction de la communauté humaine à laquelle elle s'intéresse.

L'éthique professionnelle est la science de la morale des comportements liés à une activité professionnelle, c'est-à-dire qu'elle regroupe des notions, des principes, des valeurs qui permettent de juger un acte ou l'absence d'un acte comme acceptable ou inacceptable aux yeux des sociétés humaines dans le cadre des activités professionnelles et ainsi de prévenir des comportements « mauvais » pour la profession, la société ou l'humanité en entraînant la condamnation de ceux qui ont ce genre de comportements, comme la discrimination à raison de critères sexuels, religieux ou encore ethnique ou bien la maltraitance. L'éthique professionnelle en permettant d'arrêter un comportement « mauvais » va permettre de réinsérer l'auteur de ce comportement « mauvais » dans son contexte avec l'assurance qu'il ne recommencera pas. Elle doit aussi permettre de rendre justice à la (ou aux) victime (s) de ce comportement. Son but n'est donc pas, d'exclure les individus qui ont un comportement mauvais (on peut en avoir un sans s'en rendre compte, c'est pourquoi il est nécessaire de bien définir ce type de comportement), mais de limiter ces comportements au maximum car tout un chacun est susceptible d'en avoir un jour à cause de préjugés, d'idées reçues ou de coutumes. L'éthique professionnelle se doit d'être constamment évolutive et doit incessamment s'adapter aux situations. Les acteurs de l'éthique professionnelle sont d'abord les individus

1215 Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain REY, Le grand Robert, édition 2012

mais aussi des groupes de personnes et également des institutions. Les établissements de soins ont pour mission de mettre au service des malades les derniers acquis de la science. Cette vocation doit être assumée dans un total respect du malade au travers de sa relation avec les différents professionnels de santé et à tout moment de son parcours de soins. La réflexion éthique permet de prendre en considération la dimension humaine des pratiques de soins, les valeurs morales de tout individu et ses droits fondamentaux tels que l'intégrité du corps humain et les libertés individuelles. Tous les domaines de la prise en charge sont concernés par cette approche éthique : l'accueil, le séjour, les informations données au patient sur son état et ses traitements, les essais cliniques, le suivi et la sortie du patient. Cette exigence éthique, trop longtemps ignorée par un monde médical bardé de certitudes et enfermé dans une sphère hermétique et interdite aux patients et à leurs proches a obligé le législateur à imposer par la loi le respect des droits élémentaire des patients (loi du 4 mars 2002).

La mise en place du Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes fut à l'image de la structuration de la profession : chaotique et n'eut pas sur celle-ci l'effet espéré par ses promoteurs.

Paragraphe 3 Les conséquences délétères de l'institution de l'Ordre sur la cohésion professionnelle

Nous avons vu que la revendication de sa création réapparue de manière cyclique pendant un demi-siècle, au gré des alternances politiques, portée par une élite professionnelle uniquement composée de dirigeants syndicaux¹²¹⁶. L'immense majorité des professionnels libéraux accueillie avec satisfaction cette création au moins pour deux raisons. En premier lieux, ils la considérèrent comme une réelle émancipation vis-à-vis de la tutelle des médecins et en second lieux comme une arme efficace pour lutter contre l'exercice illégal du massage.

1. Un rejet massif de l'institution ordinale par les masseurs-kinésithérapeutes salariés

Cependant les réfractaires, rejoignant la très grande majorité des masseurs-kinésithérapeutes salariés s'unirent à eux pour tenter par tous les moyens d'obtenir sa suppression et pour ce

¹²¹⁶ DEROUET Antoine, La création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes : Processus de professionnalisations d'un groupe professionnel, mémoire de Master 2 Sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2008, volume 1, p.105

faire, très rapidement fut créé le syndicat Alizé¹²¹⁷ dans le but de fédérer l'action des opposants à l'Ordre et « *porter un vent nouveau pour la kinésithérapie* »¹²¹⁸.

Le monde de la kinésithérapie salariée va rejeter massivement l'institution ordinale d'autant plus qu'il ne bénéficie pas d'une information claire et loyale dans la mesure où, au sein des établissements hospitaliers, les vaguemestres, bafouant toutes les règles déontologiques, ne leur distribuent pas les courriers émanant de l'Ordre. Le principal argument de rejet est que « *JAMAIS un ordre n'a porté ni négocié des questions sur les conditions de travail, les effectifs, la reconnaissance des qualifications, les conditions d'exercice professionnel, ... En bref, tout ce qui fonde un statut ou des garanties collectives, tout simplement car ce n'est pas son objectif. Son objectif est la discipline professionnelle à partir d'un code de déontologie.* »¹²¹⁹. Parmi les arguments développés, il en est deux qui sont symptomatiques du clivage « libéraux-salariés », correspondant aux deux mondes et aux deux types d'exercice professionnel existant dans la profession depuis sa création. Il s'agit du rejet du pouvoir disciplinaire des institutions ordinales et du refus de payer une cotisation « pour avoir le droit de travailler ».

Le raisonnement des salariés est avant tout basé sur leur attachement au statut de personnel de la fonction publique hospitalière pour certains et de préposés pour les autres, tous soumis à des règles ayant confié à leur hiérarchie un pouvoir de sanction en cas de faute professionnelle refusant par là même de pouvoir être un jour redevable de rendre des comptes devant une chambre disciplinaire de première instance. Pour eux la sanction ordinale s'apparente à une double peine et viole le principe « Non bis in idem ».

Les syndicats professionnels ne s'y trompèrent pas avançant l'argument que « *[...] en matière de discipline [les Ordres] rapportent au seul individu la responsabilité des manquements à l'honneur de la profession et à sa moralité [...] sans prendre en compte les conditions et l'environnement de travail qui sont imposés dans le cadre de la loi.* »¹²²⁰. Indépendamment du caractère outrageusement idéologique de cet argument, nous pensons qu'il est particulièrement fallacieux, les syndicats agitant ce chiffon rouge devant les yeux de

¹²¹⁷ Alizé, syndicat professionnel de masseurs-kinésithérapeutes libéraux et salariés, 4 rue des messiers Montreuil 93100, <http://www.alize-kine.org/>

¹²¹⁸ Actu'Alizé, n°24, février 2015

¹²¹⁹ Fédération de la Santé et de l'Action Sociale CGT, Union Fédérale des Médecins, Ingénieurs Cadres et Techniciens
Masseurs Kinésithérapeutes, Infirmières, « L'Ordre Nouveau » se fait connaître », mars 2009

¹²²⁰ UFMIC-T-CGT, Non aux Ordres professionnels, avril 2009, source : <http://www.cgtugictnpgdp.org/>

masseurs-kinésithérapeutes hospitaliers aveuglés par leur ire contre l'institution ordinale et ne connaissant pas les modalités de saisine des CDPI que nous allons rappeler en quelques lignes.

Lors de la création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, l'article L.4321- 19 CSP¹²²¹ a rendu applicable à la profession de masseur-kinésithérapeute un certain nombre d'articles du code précité relatifs aux professions médicales, notamment l'article L.4124-2¹²²² qui ordonne que « *Les [masseurs-kinésithérapeutes] chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'ordre ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département, le procureur de la République ou, lorsque lesdits actes ont été réalisés dans un établissement public de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.* ». Lorsqu'on connaît le régime de la responsabilité des agents du service public hospitalier on se rend compte que les cas de saisine sont de l'ordre de l'infinitésimal et que seuls les pouvoirs publics étaient habilités à saisir la CDPI à le faire. Ce n'est qu'en 2009¹²²³ que l'article 62 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) viendra modifier cet article en étendant la saisine des CDPI au conseil national ou au conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit.

Le refus de payer une cotisation pour avoir le droit de travailler¹²²⁴ a été un argument de poids pour les anti-ordre. A la décharge des masseurs-kinésithérapeutes salariés il faut reconnaître que le CNOMK en fixant en 2007, le montant de la cotisation annuelle des masseurs-kinésithérapeutes salariés à 130 euros et à 200 euros pour les cadres a commis une très grosse erreur psychologique et stratégique. Psychologique car les syndicats eurent beau jeu de faire valoir que dans la fonction publique hospitalière (FHP), le salaire de début d'un masseur-kinésithérapeute est de 1 450 € nets par mois et de 2 400 € nets en fin de carrière après 40 ans d'exercice professionnel. Le calcul était vite fait et l'argument fit mouche. Pour un masseur-

¹²²¹ Article L4321-19 CSP « Les dispositions des articles L. 4113-5, L. 4113-6, L. 4113-8 à L. 4113-14, L. 4122-3, L. 4123-15 à L. 4123-17, L. 4124-1 à L. 4124-11, L. 4125-1, L. 4126-1 à L. 4126-7, L. 4132-6 et L. 4132-9 sont applicables aux masseurs-kinésithérapeutes. » (Version applicable du 11 août 2004 au 27 août 2005)

¹²²² Article L.4124-1 CSP modifié par l'Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation (JORF du 6 septembre 2003, p. 15391) ; version en vigueur du 6 septembre 2003 au 23 juillet 2009

¹²²³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. 62, JORF du 22 juillet 2009 page 12184

¹²²⁴ Confédération générale du travail, Force Ouvrière, « Ordre et désordre !! Kinés en colère !!! », 2009

kinésithérapeute débutant, la cotisation annuelle à l'ordre représentait presque 2 jours de salaire... Stratégique, car financièrement l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes pouvait très bien se structurer et remplir ses missions avec les seules cotisations des masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral qui, rappelons-nous, représentent près de 79 % des professionnels alors que parmi les 21 % de masseurs-kinésithérapeutes salariés ceux exerçant au sein de la fonction publique hospitalière et donc fortement « défendus » par les grandes centrales syndicales ouvrières représentent un peu moins de 17 % à la différence des infirmiers dans la mesure où les infirmiers libéraux qui ne représentent que 16,37 % pèsent peu en matière décisionnelle face aux 83,63 % de leurs collègues salariés dont 67,54 % sont agents du service public hospitalier, ce qui explique en très grande partie les énormes difficultés rencontrées par le Conseil de l'Ordre des infirmiers pour se mettre en place. Une cotisation ordinale de quelques dizaines d'euros pour les salariés ne les aurait certes pas ramenés à de meilleurs sentiments mais leur aurait privé d'un argument de poids en matière de contestation de l'institution ordinale.

Au sein des professions paramédicales, l'institution ordinale ne recueille pas les faveurs de l'ensemble des professionnels. Ainsi, les orthophonistes n'ont pas souhaité se doter d'un Ordre professionnel et la majorité des infirmières et infirmiers étant salariés (465 672 sur 552 908 soit 84,2 % au 1er janvier 2012) refusent de s'inscrire. Par contre 98,19 % des pédicures podologues exerçant à titre libéral, leur inscription au tableau de leur Conseil (12 014 inscrits dont 11 948 pédicures podologues -11 567 en 2012- et 66 sociétés - 59 en 2012 au 31 décembre 2013, sources CNOPP, rapport d'activité 2013) ne semble pas poser de problème particulier, les quelques récalcitrants exerçant, doit-on s'en étonner, en tant que salarié. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, le contentieux relatif à l'inscription est réel même s'il reste marginal. Au 31 mars 2012, 67 455 masseurs-kinésithérapeutes étaient inscrits au tableau soit 92,8 % des masseurs-kinésithérapeutes recensés parmi lesquels 57 188 libéraux (98 %) et 9 643 salariés (70 %).

Le refus d'inscription des masseurs-kinésithérapeutes salariés au tableau de l'Ordre, massivement suivi, a été à l'origine d'un important contentieux mais il eut également une répercussion importante sur l'organisation des épreuves du diplôme d'État.

2. Les conséquences du refus d'inscription des masseurs-kinésithérapeutes salariés à l'Ordre

Le refus d'inscription au tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes salariés va avoir de graves conséquences sur les épreuves pratiques du diplôme d'Etat.

A. Le refus d'inscription des masseurs-kinésithérapeutes salariés à l'Ordre synonyme de suppression des épreuves pratiques du diplôme d'Etat

Pour faire pression sur les pouvoirs publics, les masseurs-kinésithérapeutes réfractaires, accompagnés et soutenus par bon nombre de cadres de santé refusèrent dans un premier temps d'encadrer les étudiants en masso-kinésithérapie lors de leurs stages hospitaliers puis voyant qu'ils n'obtenaient pas satisfaction décidèrent de prendre les étudiants en otage en refusant de participer aux épreuves de mise en situation professionnelle des épreuves pratiques du diplôme d'Etat. Devant le risque important de désorganisation des épreuves du diplôme d'Etat et d'un blocage de la situation, le ministère de la santé prit la décision de modifier la rédaction de l'article D.4321-21 CSP en supprimant dans la première phrase les mots « *deux épreuves de mise en situation professionnelle et* »¹²²⁵.

Cette décision prise dans l'urgence est la traduction concrète de l'action entreprise en amont par les étudiants en masso-kinésithérapie qui s'inquiétaient, à juste raison, de ne pas pouvoir valider leur diplôme d'Etat du fait de l'obstruction réalisée par les contestataires anti-ordinaux, majoritaires dans le secteur de la kinésithérapie salariée. Le ministère de la Santé publiera un communiqué par lequel il sera précisé que « *Les étudiants étant dans l'impossibilité de faire valoir des stages validés ont la possibilité d'obtenir une dispense exceptionnelle de stage afin de se présenter au diplôme d'Etat. Le déroulement des épreuves du diplôme d'Etat est modifié afin de supprimer les épreuves de mises en situation professionnelle. Si les DRASS constatent que les MK devant participer aux jurys ne sont pas inscrits au tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, elles [pourront] faire jouer la "formalité impossible". Le jury pourra être valablement composé et réuni en fonction des masseurs-kinésithérapeutes, inscrits à l'Ordre, disponibles dans une région [afin de garantir] garantir le principe d'égalité entre les candidats dans l'obtention du diplôme d'Etat* ».

¹²²⁵ Décret n° 2008-517 du 2 juin 2008 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 3 juin 2008, p. 9134

de masseur-kinésithérapeute, dont les règles sont harmonisées au niveau national, les DRASS devront appliquer les modalités mentionnées. »¹²²⁶.

Quelques jours avant la parution du décret, toutes les DDASS reçurent des consignes très précises pour pouvoir être en mesure d'organiser les épreuves du diplôme d'État selon les nouvelles normes¹²²⁷. La suppression des deux épreuves de mise en situation professionnelle est présentée comme une mesure visant à « *simplifier tout en maintenant les exigences de qualité du diplôme d'État* » et dans le même temps « *d'apporter une réponse aux difficultés actuellement rencontrées* ». Il nous semble difficile de trouver une formulation plus diplomatique que celle-là ! Les autorités de tutelle devront vérifier que les étudiants se présentant aux épreuves du diplôme d'État, aient validé la totalité de leurs stages, à l'exception de ceux bénéficiant d'une dispense de stage (s) accordée par le ministre chargé de la santé, conformément aux dispositions de l'article 20 de l'arrêté modifié du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Si certains étudiants de troisième année n'ont pu être accueillis en stage ce qui de facto les prive de la validation d'une partie de leurs stages une telle dispense exceptionnelle leur sera accordée afin de leur permettre de se présenter aux épreuves du diplôme d'État de même qu'aux étudiants de deuxième année n'ayant pas obtenu la validation de leurs stages hospitaliers pour accéder à la troisième année d'études en raison de la décision de certains masseurs-kinésithérapeutes salariés de ne pas accueillir les étudiants en stage. Pour que soit strictement respecté le principe d'égalité entre les candidats dans l'obtention du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, les règles étant harmonisées au niveau national, toute session en cours sera close sans déroulement des deux épreuves de mise en situation professionnelle et de soutenance de travail écrit auxquelles succéderont de nouvelles sessions du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute qui se dérouleront selon les modalités prévues par cette nouvelle réglementation. La suppression des épreuves de mise en situation professionnelle sera accompagnée d'une nouvelle pondération des notes affectées à la soutenance du travail écrit et à la moyenne des notes obtenues aux douze modules des deuxième et troisième années. Le total des notes prises en compte reste fixé à 120 points. La soutenance du travail écrit représente 60 points, une note inférieure à 21 points sera

¹²²⁶ FFMKR, « DE 2008 / Formation initiale, », circulaire n° S-2008-046, 23 mai 2008

¹²²⁷ Ministère de la Santé, de la Jeunesse et de la vie associative, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, Sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers, Formation et exercice des professions paramédicales de la jeunesse, des sports et de la vie et des personnels hospitaliers (P 1) Circulaire WDHOS/P1/2008/166 du 21 mai 2008 relative à l'organisation des épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute pour l'année 2008 d'application immédiate

éliminatoire. La note finale sera calculée en effectuant la moyenne des notes obtenues aux douze modules des deuxième et troisième années représente également 60 points. Sans en détailler les raisons, la circulaire précise que la composition du jury est également modifiée. Les masseurs-kinésithérapeutes seront au nombre de deux, pas nécessairement moniteurs-cadres amis devront être obligatoirement en règle avec les dispositions qui régissent leur exercice, c'est-à-dire être inscrits au tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Il est demandé au DDASS de faire un travail de prospection active auprès des professionnels inscrits au tableau de l'Ordre pour pouvoir constituer les jurys des épreuves du diplôme d'État. En toute dernière hypothèse s'il s'avérait impossible de constituer un jury, conforme aux conditions fixées par la réglementation, dans un délai compatible avec le déroulement des épreuves du diplôme d'État, il appartiendra à la DDASS de réunir un jury tenant compte de la carence de masseurs-kinésithérapeutes avec les membres ayant confirmé leur participation. Pour parer à tout recours contentieux les DDASS sont invitées à réunir tous les éléments probatoires nécessaires attestant de l'impossibilité de réunir le jury au complet comme l'impose la jurisprudence en la matière¹²²⁸.

C'est ainsi, que d'un trait de plume, les épreuves du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute furent amputées des deux épreuves pratiques de mise en situation professionnelle. Depuis ce jour funeste, l'obtention du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute n'est plus liée qu'à la soutenance d'un travail écrit devant un jury et à la prise en compte de la note moyenne des douze modules des seconde et troisième années. Et pour être certain qu'il n'y ait aucun recours contentieux, à l'article 2 du décret, la ministre de la santé¹²²⁹ prit soin de préciser que dans le cas où une session d'examen aurait été ouverte avant la publication dudit décret, il ne serait pas tenu compte de cette session et qu'une nouvelle session serait organisée par l'autorité compétente dans les conditions fixées par le présent décret. Cette décision, aussi surprenante que paradoxale est la traduction du désarroi des pouvoirs publics et de la faiblesse, doux euphémisme, du manque de courage et des attermoissements des hommes politiques qui devaient faire face à la fronde des masseurs-

¹²²⁸ C.E. 7 décembre 2005, Mme X... , n° 271211. Inédit au recueil Lebon

¹²²⁹ BACHELOT – NARQUIN Roselyne (1946 -), Docteur en pharmacie, députée UMP de la 1ère circonscription du Maine et Loire (juin 1988 – juillet 2007), Ministre de l'Écologie et du Développement durable (mai 2002 – mars 2004), Ministre de la Santé et des Sports (mai 2007 – novembre 2010), Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale (novembre 2010 – mai 2012)

kinésithérapeutes salariés mais aussi à la colère des infirmiers hospitaliers qui refusaient en bloc l'Ordre dont ils venaient d'être dotés¹²³⁰.

Inévitablement, le refus d'inscription au tableau de l'Ordre se déplaça rapidement sur le terrain judiciaire¹²³¹ dans la mesure où les tergiversations des pouvoirs publics ne contribuèrent pas à apaiser la situation¹²³².

B. Le refus d'inscription des masseurs-kinésithérapeutes salariés à l'Ordre : un important contentieux in fine favorable à l'institution ordinale

On aurait pu penser que pour les professionnels de santé, la question de l'adhésion à leur Ordre professionnel était une affaire entendue, dans la mesure où ce vieux et très long contentieux, né avec la renaissance de l'Ordre des médecins en 1945¹²³³ après avoir contribué à enrichir la jurisprudence tant judiciaire qu'administrative semblait s'être soldé par un KO technique en faveur de l'institution ordinale lorsque, ayant épuisé tous les recours judiciaires dans l'Hexagone, mettant tous leurs espoirs dans la jurisprudence européenne les irréductibles réfractaires, se tournèrent vers la Cour européenne des droits de l'homme. Las pour eux... les juges de Strasbourg par un arrêt du 23 juin 1981¹²³⁴ confirmèrent la légitimité de l'Ordre des médecins et son corollaire, l'obligation des médecins de s'inscrire à son tableau, en considérant que « *l'Ordre belge des médecins est une institution de droit public. Fondé par le législateur et non par des particuliers [...] Il poursuit un but d'intérêt général, la protection de la santé, en assurant de par la loi un certain contrôle public de l'exercice de l'art médical. Dans le cadre de cette compétence, il lui incombe notamment de dresser le tableau de l'Ordre. Pour accomplir les tâches que lui a confiées l'État belge, il jouit en vertu de la loi de prérogatives exorbitantes du droit commun, tant administratives que normatives ou disciplinaires, et utilise ainsi des procédés de la puissance publique [...].* » Légitimation supplémentaire des Ordres professionnels, dans le cadre des dispositions du Traité de Rome, à l'initiative du Professeur Lortat-Jacob, alors Président du Conseil national de l'Ordre des

¹²³⁰ Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers, JORF du 27 décembre 2006, p. 19689

¹²³¹ MACRON Alain, Inscription à l'Ordre : une obligation légale du masseur-kinésithérapeute pour exercer sa profession, Kinésithérapie – La revue, 2015 n° 15(163), p. 20–23

¹²³² DE MONTECLER Marie-Christine, La Cour de cassation donne raison aux ordres paramédicaux, ADJA, 2014, p. 2278

¹²³³ Ordonnance n° 45-2 184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, JORF du 28 septembre 1945, p. 6083

¹²³⁴ Le Compte, Van Leuven et De Meyere, c/ Belgique, requête n° 6878/75/7 238/75

médecins, a été créée à Paris en 1971 la Conférence internationale des ordres et organismes d'attributions similaires rebaptisée en 2008 « Conférence européenne des ordres des médecins » dont les règles de fonctionnement ont été officialisées par l'Accord de Kos le 10 juin 2011. Entre-temps, le Parlement européen adopta, le 16 décembre 2003, une résolution sur l'organisation de marché et les règles de concurrence pour les professions libérales¹²³⁵ qui en réaffirmant l'importance de la déontologie a conforté le rôle des ordres professionnels « [...] l'importance que revêt l'éthique, la confidentialité à l'égard de la clientèle et un niveau élevé de connaissances spécialisées requièrent l'organisation de systèmes d'autorégulation, tels ceux qu'établissent actuellement les ordres professionnels » tout en rappelant que les Ordres professionnels, considérés par les commissaires européens comme des associations d'entreprises sont avant toute chose dans l'obligation de strictement respecter les règles de concurrence du fait de l'exercice d'une activité économique¹²³⁶. Dans un arrêt resté célèbre de par son caractère novateur¹²³⁷, la CJCE délimiter avec précision les limites applicables aux Ordres professionnels en matière de droit de la concurrence. Bien avant cette décision, à la question de savoir si les membres d'une profession libérale devaient être considérés comme des entreprises au sens de l'article 101, paragraphe 1^{er} du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne¹²³⁸ la CJCE avait répondu par l'affirmative dans la mesure où la définition du concept d'entreprise était définie de manière très large, comme étant « toute entité exerçant une activité économique, indépendamment du statut juridique de cette entité et de son mode de fonctionnement »¹²³⁹. L'originalité de l'arrêt Wouters est la distinction que la CJCE va faire dans son considérant n° 57 entre l'exercice par un Ordre professionnel d'une activité qui « [...] par sa nature, les règles auxquelles elle est soumise et

¹²³⁵ JO UE C 91 E du 15 avril 2004, p. 126

¹²³⁶ DELAUNAY Benoit, L'ordre professionnel, septuagénaire vaillant mais surveillé, AJDA n°24 8 juillet 2013, p. 1361

¹²³⁷ CJCE, Wouters e.a., C-309/99, 19 février 2002, source : <http://eur-lex.europa.eu/>

¹²³⁸ Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, article 101, paragraphe 1er « Sont incompatibles avec le marché intérieur et interdits tous accords entre entreprises, toutes décisions d'associations d'entreprises et toutes pratiques concertées, qui sont susceptibles d'affecter le commerce entre États membres et qui ont pour objet ou pour effet d'empêcher, de restreindre ou de fausser le jeu de la concurrence à l'intérieur du marché intérieur, et notamment ceux qui consistent à : a) fixer de façon directe ou indirecte les prix d'achat ou de vente ou d'autres conditions de transaction, b) limiter ou contrôler la production, les débouchés, le développement technique ou les investissements, c) répartir les marchés ou les sources d'approvisionnement, d) appliquer, à l'égard de partenaires commerciaux, des conditions inégales à des prestations équivalentes en leur infligeant de ce fait un désavantage dans la concurrence, e) subordonner la conclusion de contrats à l'acceptation, par les partenaires, de prestations supplémentaires qui, par leur nature ou selon les usages commerciaux, n'ont pas de lien avec l'objet de ces contrats. » Ancien article 81 du Traité CE, Journal officiel n° C 326 du 26/10/2012 p. 0001 - 0390

¹²³⁹ CJUE, Klaus Höfner et Fritz Elser contre Macrotron GmbH, C-41/90, 23 avril 1991, source : <http://eur-lex.europa.eu/>

son objet, est étrangère à la sphère des échanges économiques » quand l'Ordre met en œuvre des prérogatives de puissance publique ou bien par exemple la gestion de la Sécurité sociale en tant que service public. De facto, ne seront pas concernées par les règles du Traité applicables aux entreprises les décisions ordinales issues des pouvoirs normatifs délégués par l'État, à charge pour celui-ci de veiller à définir les critères d'intérêt général et les principes essentiels auxquels la réglementation ordinale doit se conformer et de garder en dernier ressort son pouvoir décisionnaire. Par contre, toute décision exclusivement imputable à l'Ordre émanant de la volonté d'unifier un comportement commun à tous les membres dans le cadre de leur activité économique aura pour conséquence de permettre l'assimilation de l'Ordre en tant qu'association d'entreprises¹²⁴⁰. Il n'est pas inintéressant de se remémorer que le Conseil d'État dépassant l'aspect corporatiste, qui a été et est encore souvent reproché aux Ordres professionnels a posé, depuis plusieurs décennies, les mêmes principes avec l'arrêt de principe Bouguen¹²⁴¹ « [...] le législateur a entendu faire de l'organisation et du contrôle de l'exercice de la profession médicale un service public ; que si le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins ne constitue pas un établissement public, il concourt au fonctionnement dudit service. »

Les procédures engagées par l'Ordre à l'encontre des non-inscrits depuis 2008 ont connu des fortunes diverses avec quelquefois des relaxes prononcées en 1^{re} instance (TGI Châteauroux, 31 août 2011) ou en appel (CA Chambéry, 30 octobre 2013, n° 13-727 infirmant TGI Bonneville, 5 mars 2012).

Le principal moyen opposé par les prévenus pour justifier de leur non-inscription au tableau de l'Ordre serait une supposée carence textuelle dans l'organisation de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, les décrets relatifs à l'inscription automatique au tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (art. L.4 321-10 CSP), des pédicures podologues (art. L.4 322-2 CSP) et des infirmiers (art. L.4 311-5 CSP), bien qu'expressément prévus dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires (JORF du 22 juillet 2009 page 12184) n'ayant jamais été publiés.

En l'espèce, deux masseurs-kinésithérapeutes salariés du centre hospitalier de Sallanches refusant obstinément de s'inscrire furent déclarés coupables, par la chambre correctionnelle du TGI de Bonneville (cf. supra) de l'infraction d'exercice illégal de la profession de

¹²⁴⁰ BONTINCK Thierry, PUEL Frédéric, Ordres professionnels et droit de la concurrence, plaidoyer pour une entente cordiale, Liber amicorum Georges-Albert Dal, L'avocat, Editeur : Larcier, p.142-158

¹²⁴¹ CE Ass. 2 avril 1943, Bouguen, Rec. 86

masseur-kinésithérapeute aux motifs qu'il existait une disposition législative définissant le cadre général de l'inscription à l'Ordre (art. L.4 321-10 CSP) et des prescriptions réglementaires régissant l'application pratique (art. R.4 112-1 & R.4 112-6 CSP rendus applicables aux masseurs-kinésithérapeutes par le décret n° 2007-434 du 25 mars 2007 relatif au fonctionnement et à la procédure disciplinaire des conseils de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures podologues et modifiant le code de la santé publique, dispositions réglementaires (JORF du 27 mars 2007 page 5654) sous la seule réserve de dispositions particulières concernant l'autorisation d'exercice, le diplôme, le certificat ou le titre validant les connaissances professionnelles de l'intéressé.

À la grande surprise de l'institution ordinale, appel ayant été interjeté, la Cour d'appel de Chambéry (cf. supra) infirma le jugement aux motifs que « [...] l'article L.4 321-10 CSP ordonne qu'un masseur-kinésithérapeute ne peut exercer sa profession, à l'exception de ceux qui relèvent du service de santé des armées, que si ses diplômes, certificats, titres ou autorisations ont été enregistrés et qu'il soit inscrit au tableau tenu par l'Ordre [...] » et qu'en la matière « [l'Ordre] a un droit d'accès aux listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie. Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder, dans des conditions fixées par décret, à l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau tenu par l'ordre. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. » La non-parution dudit décret ne permettant pas au juge d'apprécier l'élément légal de l'infraction d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute sanctionnée par les peines susceptibles d'être prononcées en l'espèce (article L.4 323-4 CSP) il lui était impossible d'en déduire que des deux articles précités que le défaut d'enregistrement du diplôme ou le défaut d'inscription sur le tableau tenu par l'Ordre serait constitutif d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute. Les prévenus arguant que face à leur refus d'inscription volontaire et revendiqué en tant qu'agents de la fonction publique hospitalière, le conseil départemental de l'Ordre pouvait avoir accès aux listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes employés par les établissements d'hospitalisation publics ou privés et procéder à leur inscription automatique ce qui n'avait pu être réalisé du fait de la non-parution du texte réglementaire, les magistrats de la chambre criminelle de la Cour d'appel de Chambéry, accueillant ce moyen de défense prononcèrent la relaxe des praticiens car « [...] il apparaît difficile d'incriminer pénalement des praticiens pour une infraction posant déjà un

problème légal de définition alors même que la situation serait régularisable sur un plan administratif et que cela n'a pu être fait par manque de précisions sur les modalités à envisager par suite du défaut d'intervention des textes concernés[...] ».

L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes s'étant pourvu en cassation, la chambre criminelle par un arrêt d'une remarquable concision censura la décision attaquée. Après avoir rappelé la place occupée par l'article L.4 323-4 dans le CSP « inséré dans le chapitre III « Dispositions pénales » qui vient à la suite du chapitre premier « Masseur-kinésithérapeute » définissant « *de manière très claire et précise* », le champ de compétences des masseurs-kinésithérapeutes et les actes qui leur sont réservés (article L.4 321-1 CSP) ainsi que les conditions légalement exigées pour exercer la profession de masseur-kinésithérapeute (articles L.4 321-2 à L.4 321-12 CSP), les magistrats de la Haute juridiction énoncent que « *l'infraction d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute est donc réalisée dès lors qu'une personne accomplit les actes prévus aux dispositions de l'article L.4 321-1 du code de la santé publique* » en soulignant avec insistance « sans remplir les conditions claires, précises et détaillées légalement exigées par les dispositions des articles L.4 321-2 à L.4 321-12 du code de la santé publique, notamment celle de l'inscription au tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes prévu à l'article L.4 321-10 du même code ». En retenant qu'il existait une difficulté concernant l'appréciation par le juge pénal de l'élément légal du délit d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute, difficulté qui l'a incité à ne pas en déduire des dispositions des articles L.4 321-10 et L.4 323-4 du code de la santé publique que l'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute était constitué en cas de défaut d'enregistrement du diplôme ou de défaut d'inscription à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, la cour d'appel a violé, de manière flagrante, les textes visés au moyen et méconnu le texte susvisé ainsi que le principe ci-dessus énoncé, d'autant plus que « *l'absence de décret d'application ne pouvait tenir en échec l'obligation légale des masseurs-kinésithérapeutes de s'inscrire au tableau de l'ordre pour exercer leur profession* ». En substance, la chambre criminelle rappelle avec fermeté que l'obligation de s'inscrire au tableau de l'Ordre est avant tout un acte volontaire et individuel et que s'y soustraire pour quelque raison que ce soit est une faute. La cassation annulant l'arrêt de la cour d'appel de Chambéry ne pouvait qu'être prononcée, ce qui fut fait le 18 novembre 2014 en ses seules dispositions civiles (l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes conformément aux dispositions du Code pénal ne s'était pourvu en cassation que sur les seuls intérêts civils) et les parties renvoyées devant la cour d'appel de Grenoble. En matière de refus d'inscription

au tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, la Cour de cassation avait déjà eu l'occasion de se prononcer (Cass. civ. 2e, 7 juillet 2011, n° 10-60 408), cassant un jugement du tribunal d'instance de Marseille (12 novembre 2010, contentieux de l'élection, Union régionale des professions de santé - masseurs-kinésithérapeutes) en précisant que « [...] *les masseurs-kinésithérapeutes ont l'obligation de s'inscrire au tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes* [...] » et qu'en ne retenant pas cette condition impérative le tribunal a violé les textes susvisés (art. L.4321-1, L.4321-2, L.4321-10 et L.4321-13 CSP).

Pour être complet, il nous semble important de souligner que le Conseil d'État, saisi d'une requête du syndicat Alizé en date du 29 août 2012 demandant l'annulation pour excès de pouvoir de la décision implicite de rejet du Gouvernement de sa demande d'édiction du décret prévu à l'alinéa 10 de l'article L.4 321-10 CSP devant fixer les conditions de l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau de l'ordre, prononça l'annulation de la décision implicite de rejet du Gouvernement après avoir rappelé que « *l'exercice du pouvoir réglementaire comporte non seulement le droit mais aussi l'obligation de prendre dans un délai raisonnable les mesures qu'impliquent nécessairement l'application de la loi, hors le cas où les engagements internationaux de la France y font obstacle* » et souligné que l'article L.4 321-10 CSP créait un droit d'accès du conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes « [...] *aux listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes employés par les structures publiques et privées, notamment utilisées pour procéder, dans des conditions fixées par décret, à l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau de l'ordre* [...] »¹²⁴². L'État fut condamné à verser une somme de 2000 euros au syndicat Alizé au titre de l'article L.761-1 du code de justice administrative.

L'honneur de la profession était sauf... mais le décret n'est toujours pas publié, le ministère de la santé ayant au mois de janvier 2012 exclu de publier un tel décret pour les infirmiers. Mais ça, c'est une autre histoire !

L'inscription au tableau de l'Ordre est la clef de voûte de l'institution ordinale tant du point de vue organisation de la profession que trésorerie et budget de fonctionnement de l'institution.

En la matière, les juridictions du premier degré, dans un premier temps, confortèrent les opposants à l'Ordre dans leur résolution mais ils durent vite déchanter car la jurisprudence confirma l'absolue nécessité d'être inscrit au tableau de l'Ordre des masseurs-

1242 CE, syndicat Alizé, 21 juin 2013, 362325, Inédit au recueil Lebon

kinésithérapeutes pour pouvoir exercer légalement la masso-kinésithérapie. C'est un jugement du tribunal correctionnel de Châteauroux en date du 21 août 2011 qui fit naître, au sein de la faction des refuzniks, le fol espoir de pouvoir être dispensé de s'inscrire au tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Pour relaxer une professionnelle refusant obstinément de s'inscrire au tableau de l'Ordre, les magistrats ont fondé leur décision sur les dispositions l'article L4321-10 CSP¹²⁴³, qui énonce les conditions de l'enregistrement obligatoire des personnes titulaire d'un diplôme d'état ou d'une autorisation d'exercice combinées à celles des articles D4321-14 à R4321-26 figurant dans la partie réglementaire du même code¹²⁴⁴ organisant l'exercice légal de la profession aux titulaires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Après avoir constaté que le décret, ordonné par le dernier alinéa de l'article L4321-10 CSP, devant préciser les modalités d'application du texte de loi n'a pas été publié et que dans la partie réglementaire du même code « *il n'est aucunement fait mention de l'obligation de s'inscrire au tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Que la seule obligation réside dans l'obtention du diplôme* », les magistrats retinrent que cette dernière condition étant remplie il convenait de renvoyer la prévenue des fins de la poursuite. Appel ayant été interjeté par le ministère public, la Cour d'appel de Bourges (19 janvier 2012, n° 12/26) censura ce jugement. Les motivations de cet arrêt sont d'une très grande limpidité. Après avoir rappelé que selon l'article L4321-10 CSP,

¹²⁴³ Article L4321-10 CSP « *Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé les personnes ayant obtenu un titre de formation ou une autorisation requis pour l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, avant leur entrée dans la profession, ainsi que celles qui ne l'exerçant pas ont obtenu leur titre de formation depuis moins de trois ans. L'enregistrement de ces personnes est réalisé après vérification des pièces justificatives attestant de leur identité et de leur titre de formation ou de leur autorisation. Elles informent le même service ou organisme de tout changement de résidence ou de situation professionnelle. Pour les personnes ayant exercé la profession de masseur-kinésithérapeute, l'obligation d'information relative au changement de résidence est maintenue pendant une période de trois ans à compter de la cessation de leur activité. La procédure d'enregistrement est sans frais. Il est établi, pour chaque département, par l'agence régionale de santé ou l'organisme désigné à cette fin, une liste des membres de cette profession, portée à la connaissance du public. Un masseur-kinésithérapeute ne peut exercer sa profession, à l'exception de ceux qui relèvent du service de santé des armées, que : 1° Si ses diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés conformément au premier alinéa ; 2° S'il est inscrit sur le tableau tenu par l'ordre. Le directeur général de l'agence régionale de santé ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent à ce tableau et peuvent en obtenir copie. L'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes a un droit d'accès aux listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie. Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder, dans des conditions fixées par décret, à l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau tenu par l'ordre. Les décisions mentionnées aux articles L. 4311-16 et L. 4311-18 sont prises par le conseil départemental ou interdépartemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes dans les conditions et selon les modalités précisées à ces articles. Les dispositions des articles L. 4311-26 et L. 4311-27 sont applicables aux masseurs-kinésithérapeutes. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.* »

¹²⁴⁴ CSP, Titre II : Profession de masseur-kinésithérapeute [...], Chapitre Ier: Masseur-kinésithérapeute, Section 2: Personnes autorisées à exercer la profession, Sous-section 1 : Titulaires du diplôme d'Etat

issu de l'article 108-II de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, un masseur-kinésithérapeute ne peut exercer sa profession, à l'exception de ceux qui relèvent du service des armées que si ses diplômes, certificats, titres ou autorisations ont été enregistrées et s'il est inscrit sur le tableau tenu par l'Ordre, conformément aux dispositions de l'article 63-IX de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009¹²⁴⁵, les conseillers énoncent que si le texte originaire de 2004 précisait que les modalités de cet article seraient ultérieurement fixées par décret, le décret n° 2007-434 du 25 mars 2007¹²⁴⁶ dispose qu'en matière d'inscription au tableau de l'Ordre, les dispositions des articles R.4112-1 et R.4112-6 sont applicables aux masseurs-kinésithérapeutes, sous la réserve de dispositions particulières les concernant en matière d'autorisation d'exercice, de diplôme, de certificat ou de titre validant les connaissances professionnelles de l'impétrant. In fine, ils considèrent « *qu'existe, sur l'obligation d'inscription au tableau de l'Ordre, un ensemble juridique cohérent, constitué d'une disposition législative définissant le cadre général et de prescriptions réglementaires en régissant l'application pratique* » et que « *dès lors, il ne peut être soutenu que l'article L.4321-10 CSP serait inapplicable, au seul motif que les décrets d'application nécessaires n'auraient pas été pris [...]*. L'intimé n'estima pas nécessaire de se pourvoir en cassation ayant pris peut-être pris conscience qu'il était préférable de partir à la retraite.

À l'occasion des premières élections des URPS des masseurs-kinésithérapeutes, une nouvelle fois, la coterie des réfractaires força l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes à ester en justice pour faire respecter la loi. Le décret relatif aux URPS¹²⁴⁷ a ajouté un livre préliminaire au code de la santé publique fixant les conditions communes applicables à la représentation des professions de santé libérales. Dans chaque région et la collectivité territoriale de Corse, les URPS rassemblent, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral sous le régime des conventions nationales avec l'UNCAM¹²⁴⁸. L'article R4301-27 CSP relatif à l'établissement des listes électorales énonce que « *Les listes électorales sont établies cent dix jours au plus tard avant la date du scrutin. À cette fin, les caisses primaires d'assurance maladie de la région communiquent à la commission*

¹²⁴⁵ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF du 22 juillet 2009, p. 12184

¹²⁴⁶ Décret n° 2007-434 du 25 mars 2007 relatif au fonctionnement et à la procédure disciplinaire des conseils de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) JORF du 27 mars 2007, p. 5654

¹²⁴⁷ Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé, JORF du 3 juin 2010, p. 10113

¹²⁴⁸ Article R 4031-1 CSP

d'organisation électorale, [...] le nom et l'adresse des professionnels de santé libéraux qui exercent dans la région à titre principal dans le cadre du régime conventionnel. La commission établit alors la liste électorale des professionnels de santé. Les conditions d'inscription sont appréciées au premier jour du quatrième mois précédant la date du scrutin. » Comme en dispose l'article L.4031-2 CSP, tous les électeurs sont éligibles à la condition qu'ils appartiennent à une liste de candidats présentée par une organisation syndicale. Le texte reconnaît comme étant représentative toutes les organisations syndicales des professions de santé bénéficiant d'une ancienneté minimale de deux ans à compter du dépôt légal des statuts et présentes sur le territoire national dans au moins la moitié des départements et la moitié des régions. Cette disposition va permettre au syndicat ALIZE de pouvoir présenter des listes.

Il faut quand même savoir que ce syndicat est essentiellement composé de masseurs-kinésithérapeutes salariés opposés à l'Ordre et d'un certain nombre exerçant à titre libéral. Pour notre part, nous pensons que la seule représentativité qu'on puisse accorder au syndicat ALIZE est celle du mouvement de grogne d'une partie des masseurs-kinésithérapeutes. Les décisions rendues par les différents tribunaux d'instance saisis furent contrastées. Certains tribunaux (TI du Puy en Velay¹²⁴⁹, TI Lyon¹²⁵⁰) mettant en avant l'obligation légale d'inscription au tableau posée par l'article L.4321-10 CSP vont invalider les candidatures des non-inscrits amis dans d'autres régions il ne sera jugé différemment. Dans les régions Languedoc-Roussillon, PACA et Rhône-Alpes, des recours en invalidation des listes alizéennes sur lesquelles figurent des candidats qui ne sont pas inscrits au tableau de l'Ordre, vont être portés devant les tribunaux d'instance compétents en matière d'élection. Les magistrats du premier degré de Marseille et de Montpellier (TI Toulon, 12 novembre 2010, Montpellier 15 décembre 2010) vont rejeter ces recours au motif qu'« *il résulte de l'article L.4301-2 du CSP que les membres des URPS sont élus [...] par les professionnels de santé en activité exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel [...] l'adhésion à un Ordre professionnel n'est donc pas une condition d'éligibilité aux URPS* ». À l'inverse, en région Rhône-Alpes (TI Lyon, 8 décembre 2010) le tribunal va accueillir favorablement la demande de radiation des candidats non-inscrits à l'Ordre figurant sur la liste du syndicat ALIZE.

En régions PACA et Rhône-Alpes, ces jugements vont être l'objet d'un pourvoi en cassation. Dans les deux cas (Cass. civ. 2, 7 juillet 2011, n° 10-60408 et 16 décembre 2011, n° 10-

¹²⁴⁹ Tribunal d'instance du Puy en Velay, RG n° 11-10-000485, 26 novembre 2010

¹²⁵⁰ Tribunal d'instance de Lyon, RG n° 11-10-002739, 8 décembre 2010

60426) les magistrats de la Haute juridiction judiciaire vont fonder leur décision sur la combinaison des articles L.4031-1 ; L.40312, L.4321-10 et L.4321-13 CSP pour affirmer qu'« [...] il résulte des deux premiers de ces textes que pour l'élection des membres des unions régionales des professionnels de santé (URPS) sont éligibles les professionnels de santé exerçant à titre libéral sous le régime des conventions nationales avec l'UNCAM ayant la qualité d'électeurs ; que selon le troisième, pour exercer leur activité, les masseurs-kinésithérapeutes ont l'obligation de s'inscrire au tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ».

La 2^e Chambre civile ayant cassé et annulé le jugement du tribunal d'instance de Marseille du 12 novembre 2010 et prononcé le renvoi de l'affaire devant le tribunal de Toulon, ce dernier, le 27 février 2012, jugera irrégulières pour défaut d'inscription au tableau de l'Ordre les candidatures litigieuses et prononcera la radiation de la liste devenue incomplète. Mais son refus d'annuler les élections sera l'objet d'un nouveau pourvoi en cassation qui sera rejeté¹²⁵¹.

En région Languedoc-Roussillon, le CROMK LR essentiellement pour des raisons budgétaires fit le choix de ne pas contester la décision du tribunal d'instance... Pour sa défense, ayant été nous-même partie à l'instance¹²⁵², nous eûmes la surprise de découvrir que face à nous nous n'avions pas comme seul adversaire le syndicat ALIZE. En effet, celui-ci était accompagné par l'ARS LR. Les deux mémoires en défense étant quasiment stricto sensu identiques. Lors de l'audience, la partie la plus virulente à l'encontre de l'électeur mécontent ayant un intérêt à contester la validité de la liste du syndicat ALIZE et de l'institution ordinale fut l'ARS LR qui fit preuve ce jour-là d'une réelle agressivité.

Le contentieux va rebondir lorsqu'une masseur-kinésithérapeute, cadre de santé ayant demandé au CDOMK des Alpes-Maritimes sa radiation du tableau de l'Ordre au motif qu'elle exerçait dorénavant les fonctions de cadre de santé au centre hospitalier universitaire de Nice se vit opposé un refus qui lui fut notifié le 26 août 2011. Conformément aux dispositions de l'article R.4112-4 CSP¹²⁵³, elle interjeta appel de cette notification de refus devant le CRIOR

¹²⁵¹ Cass. Civ. 2^eme, 30 mai 2013, n° 12-60-160

¹²⁵² TI Montpellier, RG n° 11-10-002040 (RG n° 11-10-002041 joint), Macron Alain & CROMK LR C/ Syndicat ALIZE, Mme. M... ARS LR

¹²⁵³ Article R.4112-4 CSP « Les décisions d'inscription ou de refus d'inscription sont notifiées à l'intéressé dans la semaine qui suit la décision du conseil, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Ces décisions sont également notifiées sans délai et dans la même forme au Conseil national et au directeur général de l'agence régionale de santé. La notification mentionne que le recours contre ces décisions doit être porté devant le conseil régional ou interrégional dans le ressort duquel se trouve le conseil départemental qui s'est

PACA qui, le 21 novembre 2011 rejeta son recours. Le CNOMK ayant, le 1^{er} février 2012, également rejeté son recours, elle déposa le 26 mars 2012, au secrétariat du contentieux du Conseil d'État une requête demandant aux magistrats d'annuler excès de pouvoir la décision du CNOMK et d'ordonner sa radiation du tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Les magistrats de la Haute cour administrative vont faire droits à sa demande¹²⁵⁴. Dans un premier temps, ils rappellent les dispositions légales (articles L. 4321-10 et 13 CSP) et réglementaire (articles R. 4112-3 CSP, rendu applicable aux masseurs-kinésithérapeutes par l'article R. 4323-1 du même code) en matière d'inscription au tableau de l'Ordre ainsi que le cadre légal (article L. 4321-1 CSP) et réglementaire (article R. 4321-1 et R.4321-13 CSP) de la profession de masseur-kinésithérapeute. Puis, ils vont définir avec précision ce qu'est un cadre de santé en se fondant sur les articles 1^{er} du décret du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé et 1^{er} du décret du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. Ils en concluent que *« [...] ces dispositions n'impliquent pas nécessairement qu'un cadre de santé masseur-kinésithérapeute soit amené, dans l'exercice de ses fonctions au sein d'un établissement public de santé, à accomplir les actes mentionnés à l'article R. 4321-1 précité du code de la santé publique ; que c'est seulement dans le cas où les fonctions effectivement confiées à un cadre de santé par l'établissement qui l'emploie comporteraient l'accomplissement d'actes de masso-kinésithérapie, autrement que de manière purement occasionnelle, qu'il appartiendrait à l'intéressé de demander à être inscrit à un tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. »*

Considérant que la preuve est apportée que les fonctions exercées par l'intéressée au sein du CHRU de Nice comportent exclusivement l'encadrement d'équipes paramédicales pluridisciplinaires comprenant notamment des masseurs-kinésithérapeutes et qu'*« [...] elle n'est pas amenée à accomplir elle-même des actes relevant du massage ou de la gymnastique médicale »*, le Conseil d'État annule la décision du CNOMK et ordonne que soit procédé, dans un délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision, à la radiation de la demanderesse du tableau de l'Ordre du CDOMK des Alpes-Maritimes.

prononcé sur la demande d'inscription, dans un délai de trente jours. Elle indique en outre que le recours n'a pas d'effet suspensif. [...] »

¹²⁵⁴ Conseil d'Etat, 20 mars 2013, n° 357896, mentionné aux Tables du Recueil Lebon

Ainsi c'est uniquement lorsque ses fonctions l'amèneront à accomplir non pas occasionnellement mais de manière habituelle des actes de masso-kinésithérapie qu'un cadre de santé, masseur-kinésithérapeute devrait solliciter son inscription au tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes¹²⁵⁵.

Cette décision va permettre aux seditieux du syndicat ALIZE de penser qu'ils ont gagné une bataille et qu'ils vont pouvoir aboutir à leurs fins. Pour cela, ils vont saisir l'occasion des élections procédant au renouvellement des conseillers ordinaires pour relancer le contentieux en contestant l'élection au sein du CDOMK de l'Isère de deux masseurs-kinésithérapeutes, cadres formateurs de l'IFMK de Grenoble et l'élection au sein du CDOMK de l'Hérault d'un masseur-kinésithérapeute retraité. Leurs deux requêtes seront rejetées. Pour contester l'élection des deux masseurs-kinésithérapeutes - cadres de santé, enseignants à l'IFMK de Grenoble, le syndicat Alizé, va utiliser a contrario le raisonnement des magistrats du Conseil d'État en prétendant que les masseurs-kinésithérapeutes, cadres de santé enseignants ne pratiquant pas des actes relevant de la masso-kinésithérapie ne sauraient être assimilés à des masseurs-kinésithérapeutes car ne dispensant que des enseignements, ils n'exercent aucun acte relevant de cette discipline. Le tribunal administratif de Grenoble¹²⁵⁶ ayant débouté les plaignants de leurs prétentions, ces derniers vont interjeter appel en déposant, le 1^{er} juin 2012, au greffe de la cour administrative d'appel d'une requête demandant l'annulation du jugement précité. Cette dernière fera l'objet d'un arrêt de rejet Lyon¹²⁵⁷. Dans le même temps, par le biais de sa section héraultaise, le syndicat ALIZE va contester l'élection au sein du CDOMK de l'Hérault d'une consœur salariée au motif qu'elle serait cadre de santé et d'un confrère retraité, tous deux régulièrement inscrits sur le tableau du CDOMK 34. Par un jugement en date du 4 octobre 2011¹²⁵⁸, les juges administratifs du premier degré vont confirmer qu'un masseur-kinésithérapeute, cadre de santé peut légitimement est éligible à une fonction ordinaire dans la mesure où il est régulièrement inscrit au tableau et que la « [...] *qualité de cadre de santé n'est nullement incompatible avec l'exercice effectif d'actes propres aux masseurs-kinésithérapeutes* ». Pour l'anecdote, il faut souligner que la consœur mise en cause par le syndicaliste déchaîné n'était pas cadre de santé ! Son seul tort était d'exercer en tant

¹²⁵⁵ « Un cadre de santé - masseur-kinésithérapeute n'est tenu de s'inscrire au tableau que s'il accomplit effectivement des actes de cette spécialité », CE 20 mars 2013, n° 357896, Recueil Lebon – Recueil des décisions du Conseil d'État, n°6, 21 juillet 2014

¹²⁵⁶ TA Grenoble, n° 1101968, 30 mars 2012

¹²⁵⁷ CAA Lyon, n° 12LY01357, 14 février 2013

¹²⁵⁸ TA Montpellier, ALIZE C/ CDOMK 34, n° 1101612, 4 octobre 2011

que salariée au sein d'un centre de rééducation fonctionnelle. L'Ordre avait choisi de ne pas divulguer cette information sachant que le juge administratif appliquerait la jurisprudence du Conseil d'État en la matière. Ironie de l'instance, au sein du CDOMK 34, siégeaient deux masseurs-kinésithérapeutes, cadres de santé qui ne furent pas inquiétés... car ils avaient un exercice libéral. Par contre, l'élection du confrère retraité fut invalidée du seul fait de son statut de masseur-kinésithérapeute retraité, le juge considérant que les dispositions applicables en l'espèce devaient être regardées comme exigeant, de la part des retraités, « [...] *l'exercice effectif de la profession de masseur-kinésithérapeute* ». Les conseillers de la CAA de Marseille¹²⁵⁹ vont réformer ce jugement après avoir considéré que si en vertu de l'article L.4 321-18 CSP le CDOMK comprend des membres élus parmi les praticiens exerçant à titre libéral ou salarié « [...] *aucune disposition ne subordonne qualité de candidat à ces fonctions représentatives à un exercice effectif de la masso-kinésithérapie, l'inscription au tableau de l'Ordre étant la seule condition posée à cet effet [...]* ».

Les choses sont claires. Hormis le cas où, conformément aux dispositions du 3^e alinéa de l'article R.4 112-3 CSP qui dispose que « *Le praticien qui cesse d'exercer sur le territoire national demande sa radiation du tableau au conseil départemental. Celle-ci prend effet à la date de cessation d'exercice ou, à défaut d'indication, à la date de réception de la demande* », un masseur-kinésithérapeute retraité peut demeurer inscrit au tableau de l'Ordre et briguer une fonction représentative de cette institution.

L'autre mode d'action choisi par les masseurs-kinésithérapeutes opposés à l'institution ordinale est le refus de payer la cotisation ordinale. Le paiement de cette cotisation est une disposition légale¹²⁶⁰. Le CNOMK a l'obligation de fixer le montant de la cotisation que chaque professionnel, personne physique ou personne morale inscrite au tableau doit verser à l'Ordre et de déterminer les quotités de cette cotisation qui seront attribuées à l'échelon départemental, régional et national. Seuls les masseurs-kinésithérapeutes réservistes sanitaire sont dispensés du paiement de cette cotisation dès lors qu'ils n'exercent la profession qu'à ce titre.

Cette cotisation est l'unique source de financement de l'ordre qui, tout en garantissant son indépendance va lui permettre d'assurer les missions de service public qui lui ont été dévolues. Il n'est pas admissible qu'une minorité de professionnels inscrits au tableau de

¹²⁵⁹ CAA Marseille, n° 11MA04433, 20 septembre 2013

¹²⁶⁰ Article L.4321-16 CSP

l'Ordre, pour des motifs idéologiques ne paye pas une cotisation que l'immense majorité de leurs consœurs et confrères acquittent alors même qu'une procédure de minoration de la cotisation a été mise en place par le CNOMK pour prendre en compte certaines situations financières délicates que peuvent rencontrer certains professionnels. En l'espèce, après avoir fait preuve de patience et de diplomatie en privilégiant le dialogue le CNOMK, confronté au refus obstiné d'un certain nombre de contestataires, n'a eu d'autre choix que de procéder au recouvrement contentieux des cotisations impayées. Après une audience tenue le 10 novembre 2014, 18 réfractaires, exerçant à titre salarié, ont été condamnés par un jugement de la juridiction de proximité d'Angers, au paiement des cotisations dues depuis plusieurs années, assorties des intérêts légaux, aux dépens de l'instance et à 150 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile. Ces jugements, comme les précédents (Aix en Provence, Aubenas, Bayonne, Beauvais, Belley, Cambrai, Castres, Clermont-Ferrand, Compiègne, Dax, Épinal, Flers, Grenoble, Lille, Lorient, Mende, Montpellier, Orléans, Pau, Perpignan, Quimper, Reims, Rennes, Sables d'Olonne, Sannois, Soissons, Tarbes, Thiers, Toulon, Toulouse, Tourcoing, Vichy, Villeneuve sur Lot) tous favorables, légitiment l'action engagée par le CNOMK. Quelques juridictions ayant débouté le CNOMK de ses demandes leurs jugements ont fait l'objet d'un pourvoi en cassation¹²⁶¹.

Les multiples attermoissements des responsables politiques de tous bords, auteurs d'autant d'initiatives malheureuses vont, pendant de longs mois, perturber le fonctionnement des ordres récemment créés et faire craindre leur disparition. Les syndicats Alizé pour les masseurs-kinésithérapeutes et Résilience pour les infirmiers appuyés par les grandes centrales syndicales professionnelles de la fonction publique hospitalière trouvent une oreille attentive en la personne des députés socialistes et communistes. De multiples questions écrites et orales sont posées à la ministre de la Santé, Madame Roselyne BACHELOT. Plus soucieuse de préserver la paix sociale au sein de l'institution hospitalière que de faire appliquer la loi, cette dernière prend des positions qui vont conforter les opposants à l'institution ordinale.

Au cours de la 13^e législature (juin 2007- mai 2012) de nombreuses questions écrites seront posées au ministre des affaires sociales et de la santé, essentiellement par des députés du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche, lui demandant de prendre les mesures nécessaires pour que les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes exerçant leur profession à titre salarié soient dispensés de s'inscrire à leur ordre professionnel respectif. Aucune ne

¹²⁶¹ CNOMK « 18 masseurs-kinésithérapeutes condamnés simultanément au paiement de leurs cotisations ordinaires par la juridiction de proximité d'Angers. », communiqué du 4 mars 2015

recevra de réponse. Les initiatives parlementaires, visant à remettre en cause la pérennité des conseils de l'ordre des professions paramédicales vont se multiplier de la part de députés de gauche comme de droite et ça, c'est nouveau.

3. La pérennité de l'institution ordinale remise en cause au nom de la paix sociale

La raison est à rechercher dans la situation politique que traverse le pays à ce moment précis. Le pouvoir en place, élu sur un programme de réformes ambitieuses est confronté à une opposition massive des citoyens les refusant, alors qu'elles sont pourtant nécessaires. Pour ne pas cristalliser le conflit latent des infirmiers (et dans une moindre mesure des masseurs-kinésithérapeutes) salariés opposés à l'Ordre et ajouté du désordre au désordre, le Gouvernement va faire preuve d'un manque de courage évident. L'opposition parlementaire de gauche, utilisant habilement le pouvoir médiatique des grandes centrales syndicales qui lui sont inféodées va se servir de cette contestation de la rue, essentiellement assurée par les salariés du secteur public pour tenter de faire disparaître les ordres paramédicaux. Les tentatives allant dans ce sens vont se multiplier. La première qui mérite d'être citée est à mettre au crédit du député Yves BUR¹²⁶² qui, en 2009, à l'occasion des débats sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) va proposer de faire disparaître l'échelon départemental du conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues et par là même les affaiblir de manière irrémédiable. L'amendement qu'il va déposer vise entre autres choses à instituer un seuil démographique pour la constitution des conseils départementaux au sein des ordres des professions paramédicales¹²⁶³ en insérant dans l'article L. 4321-14 CSP un alinéa disposant que les conseils départementaux seraient institués lorsque la démographie de la profession est égale ou supérieure à 100 000 professionnels sur l'ensemble du territoire français. Dans le cas contraire les dispositions du CSP relatives aux attributions des conseils départementaux seraient applicables aux conseils régionaux et interrégionaux. Pour une fois uni, l'ensemble de la profession, à l'exception bien entendu des opposants à l'Ordre, se mobilisa instantanément et sut sensibiliser un grand nombre de décideurs tant sur le plan socioprofessionnel que politique pour faire échouer cette tentative de déstabilisation de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. La manœuvre consistant à fixer un seuil de 100 000 professionnels pour

¹²⁶² BUR Yves (1951 -), chirurgien-dentiste, député UMP de la 4^e circonscription du Bas-Rhin (1995 – 2012)

¹²⁶³ Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, n° 1210 rectifié, déposé le 22 octobre 2008, amendement n° 1382 rectifié déposé le 9 février 2009

instituer des conseils départementaux était habile. Les masseurs-kinésithérapeutes étant loin d'atteindre ce seuil fatidique, dans les faits les conseils départementaux disparaissaient et avec eux l'échelon de proximité de l'institution ordinale.

L'amendement fut adopté dans un premier temps¹²⁶⁴. L'attaque était perfide mais bien réelle. Peut-être son auteur pensait-il faire l'économie d'une attaque frontale... Peut-être aussi faut-il y voir les prémices de la réforme territoriale souhaitée par le président de la République qui envisageait la disparition des départements. Toujours est-il que la mobilisation des masseurs-kinésithérapeutes porta ses fruits puisque les sénateurs vont supprimer la création d'un seuil démographique autorisant la mise en place de conseils départementaux au sein de l'ordre national des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes. Il a été jugé que cette disposition, officiellement censée résoudre le problème des coûts de fonctionnement du conseil de l'ordre infirmier ne présentait aucun intérêt dans la mesure où ce dernier regroupe plus de 500 000 professionnels soit bien au-delà du seuil fixé. En ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues, comme nous l'avons évoqué précédemment, la mise en place d'un tel seuil reviendrait à supprimer l'échelon départemental de leur Ordre respectif alors que d'autres professionnels de santé dont la démographie est moins importante comme les chirurgiens-dentistes le conserveraient. Il faut quand même savoir que le député Bur, chantre de l'abolition des conseils de l'Ordre paramédicaux, est chirurgien-dentiste de profession, ceci expliquant cela ! In fine, les sénateurs jugèrent utile de préserver la pérennité de cet échelon de proximité en adoptant l'amendement expurgé de cette proposition¹²⁶⁵. Après un parcours législatif tourmenté la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires fut adoptée et publiée au cours de l'été 2009 sans cette disposition pour le moins saugrenue¹²⁶⁶.

Ne s'avouant pas vaincu, quelques mois plus tard, le député BUR va déposer une proposition de loi¹²⁶⁷, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 février 2010, visant à dispenser les infirmiers exerçant à titre salarié de s'inscrire à l'ordre. Cette proposition de loi

¹²⁶⁴ cf. supra, Discussion en séance publique, 2ème séance du jeudi 5 mars 2009

¹²⁶⁵ Projet de loi modifié par le Sénat, adopté en première lecture le 5 juin 2009 Loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Rapport n° 380 (2008-2009) de M. Alain MILON, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 6 mai 2009.

¹²⁶⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF du 22 juillet 2009, p. 12184

¹²⁶⁷ Proposition de loi relative à l'Ordre national des infirmiers, présentée par messieurs Yves BUR, Jacques DOMERGUE, Céleste LETT, Dominique TIAN, Éric STRAUMANN et Dino CINIERI, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 février 2010

fera long feu, étant renvoyée à la commission des affaires sociales à défaut de constitution d'une commission spéciale prévue par les articles 30 et 30 du règlement de l'Assemblée nationale mais elle aura suscité autant d'inquiétudes de la part des partisans de l'Ordre que d'espoirs chez les anti-ordinaux. Malgré cet échec, il va persévérer dans son idée en interpellant à plusieurs reprises Madame Roselyne BACHELOT, ministre de la santé, au sujet de l'ordre infirmier structure qu'il juge « *coûteuse et inutile* », souhaitant connaître sa position sur la proposition de dispenser les infirmiers exerçant à titre salarié de s'inscrire à l'ordre. Avec un grand courage, la ministre rappelle que cette loi n'est pas de son initiative mais qu'à son arrivée « [...] j'ai trouvé cette loi d'initiative parlementaire », qu'elle avait signifiée à la Présidente du Conseil National de l'Ordre Infirmier (CNOI) qu'il ne lui « [...] paraissait pas convenable d'imposer aux infirmiers salariés une cotisation supérieure à environ vingt euros » et qu'une mission de médiation menée par l'auteur de la question avait échoué elle avait déposé, sans plus de succès, dans la loi HPST une disposition législative permettant de moduler la cotisation sans plus de succès. Puis Madame BACHELOT va se faire la protectrice de l'infirmier salarié et de son employeur « [...] Je ne laisserai pas intimider les infirmiers salariés par une demande de 150 euros ! Je ne laisserai pas exposer les employeurs d'infirmiers salariés au risque d'être poursuivis pour complicité d'exercice illégal de la profession d'infirmier [...] ». In fine, elle conclura son intervention en affirmant qu'elle soutiendra la proposition de loi déposée par le député afin que ne soient obligés d'adhérer à l'ordre que les infirmiers libéraux « *auxquels il est très utile. Les infirmiers salariés pourront le faire de manière volontaire.* »¹²⁶⁸. Là encore, il nous semble important de faire remarquer que Madame BACHELOT et Monsieur BUR ont une très grande proximité avec le président de la République. Dans le microcosme de la rééducation il se murmurait, qu'en la matière, tous deux étaient les porte-parole de leur mentor qui n'a jamais manifesté un grand enthousiasme pour l'institution ordinale. Parmi les signataires de cette proposition de loi on retrouve Jacques DOMERGUE¹²⁶⁹ lui-même membre d'une profession médicale dotée d'un conseil de l'Ordre comme il en est de Roselyne BACHELOT docteur en pharmacie. Il est quand même étonnant de constater que ce sont des membres de conseils de l'Ordre de professions de santé qui vont s'efforcer de saper les récents fondements des conseils de l'Ordre des professions paramédicales. L'action politique favoriserait-elle une forme

¹²⁶⁸ Assemblée nationale, XIIIe législature, Session ordinaire de 2009-2010, Compte rendu intégral, Première séance du mercredi 19 mai 2010

¹²⁶⁹ DOMERGUE Jacques (1953 -), médecin, chirurgien, Professeur des universités, praticien hospitalier, député UMP de la 2ème circonscription de l'Hérault (juin 2002 – juin 2007) et de la 1ère circonscription de l'Hérault (juin 2007 – juin 2012), source : <http://www.assemblee-nationale.fr/>

d'amnésie sélective qui inciterait certains responsables politiques à considérer qu'à la différence des professions médicales les professions paramédicales seraient dotées d'Ordres mineurs pouvant être supprimés par une sorte de « *Ministeria Quaedam moto proprio* ¹²⁷⁰ » ? La question reste à ce jour sans réponse.

Dans le même temps, les députés d'opposition vont faire feu de tout bois pour tenter de supprimer l'obligation d'inscription au tableau des Ordres paramédicaux.

Le 20 mai 2010, la Présidence de l'Assemblée nationale enregistre deux propositions de loi allant dans ce sens. La première¹²⁷¹ est portée par celle qui n'était encore à l'époque que députée socialiste de la 3^e circonscription d'Indre-et-Loire, Madame Marisol TOURAINE¹²⁷² et par 16 députés socialistes nominativement désignés auxquels se sont associés l'ensemble des membres du groupe socialiste, radical, citoyen, divers gauche et apparentés soit 207 députés parmi lesquels figure Jean-Marie LE GUEN, médecin, qui quelques mois plus tard sera l'auteur d'une nouvelle proposition de loi allant encore plus loin puisqu'elle visait à supprimer l'obligation d'inscription à l'Ordre pour tous les membres des professions paramédicales dotés d'un Ordre. La seconde proposition de loi¹²⁷³ est déposée par 20 des 24 députés de la Gauche Démocratique et Républicaine, nouvelle appellation du Parti Communiste avec à leur tête Madame Jacqueline FRAYSSE médecin cardiologue¹²⁷⁴. Quelques semaines auparavant, les sénateurs communistes avaient déjà déposé une proposition de loi¹²⁷⁵ strictement identique à celle-ci dans sa rédaction comme dans ses conclusions. Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciales.

¹²⁷⁰ Motu proprio Ministeria Quaedam : lettre apostolique que le pape Paul VI a publié le 14 septembre 1972 réformant la discipline de la tonsure, des ordres mineurs et du sous-diaconat dans l'Église latine. Source : <http://www.eglise.catholique.fr/>

¹²⁷¹ Proposition de loi tendant à supprimer l'obligation, pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre salarié, de s'inscrire aux ordres professionnels, Assemblée nationale, n° 2536, 20 mai 2010

¹²⁷² TOURAINE Marisol (1959 -), Conseillère d'Etat, députée socialiste de la 3^e circonscription d'Indre-et-Loire (juin 1997 - juillet 2012), Ministre des Affaires Sociales et de la santé (mai 2012 – juillet 2014) puis des Affaires Sociales, de la santé et des Droits des femmes depuis juillet 2014

¹²⁷³ Proposition de loi tendant à supprimer le caractère automatique et obligatoire pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes salariés de l'inscription aux ordres professionnels, Assemblée nationale, n° 2537, 20 mai 2010

¹²⁷⁴ FRAYSSE Jacqueline (1947-), médecin cardiologue , Députée de la 7^e circonscription des Hauts-de-Seine (avril 1978 - avril 1986), Sénatrice des Hauts-de-Seine (octobre 1986 - juin 1997), députée de la 4^e circonscription des Hauts-de-Seine depuis juin 1997

¹²⁷⁵ Sénat, Proposition de loi tendant à supprimer le caractère automatique et obligatoire pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes de l'inscription aux ordres professionnels les concernant, n° 347, enregistrée à la Présidence du Sénat le 9 mars 2010,

Les propositions de loi n° 2536 & 2537 sont très proches l'une de l'autre. La proposition de loi socialiste se propose de supprimer « [...] *l'obligation, pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre salarié, de s'inscrire aux ordres professionnels,* » et la seconde son « [...] *caractère automatique et obligatoire [...]* ». Ce qui va différencier les deux propositions est le raisonnement suivi par leurs auteurs pour aboutir à la même conclusion à savoir dispenser les salariés de l'inscription à l'Ordre au même titre que les personnels militaires.

L'argumentaire de Marisol TOURAINE est essentiellement basé sur le constat que l'écrasante majorité des infirmières et des infirmiers exerce en secteur salarié et refuse de s'inscrire à l'Ordre.

De plus la profession étant dotée de règles professionnelles depuis 1993¹²⁷⁶, l'édiction d'un Code de déontologie est inutile, tout au plus suffirait-il de créer une instance qui serait chargée du contrôle de l'application de ces règles professionnelles et de sanctionner leur non-respect. Elle conclut en reconnaissant que la création de l'Ordre « [...] *peut s'avérer utile pour l'exercice libéral [...]* » et qu'une réflexion sur l'avenir de l'organisation des professionnels de santé devra être engagée « [...] *car les structures ordinales ne semblent pas adaptées aux réalités actuelles des exercices professionnels [...]* ».

La dialectique communiste est toute autre. Elle est entièrement basée sur la privatisation alléguée du système de santé qu'on doit constater à travers la remise en cause de l'âge de départ en retraite pour les personnels non soignants¹²⁷⁷, le non-remplacement dans les hôpitaux d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite et la loi HPST qui vient parachever les dispositions de la loi de 2004 ayant créé un ordre national des masseurs-kinésithérapeutes. Pour les auteurs de cette proposition de loi cette création n'a qu'un objectif. Transférer certaines missions « [...] *jusqu'alors confiées aux pouvoirs publics [enregistrement des diplômes, délivrance de l'autorisation d'exercer] vers les structures ordinales* ». Cette délégation de missions de service public aux ordres est analysée comme l'instauration d'une autorégulation de ces professions, financée par les professionnels par le biais de leurs cotisations « [...] *Privatiser pour mieux désengager financièrement l'État, telle est la logique qui prévaut* ». De surcroît, pour les initiateurs de cette proposition de loi, les prérogatives de

1276 Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, JORF du 18 février 1993, p. 2646

1277 Loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, article 37, JORF du 6 juillet 2010, p. 12224

représentation de la profession dévolues à l'Ordre relèvent de l'activité syndicale dans le cadre du HCPP et du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière (HSFPH). L'automatisme et le caractère obligatoire de l'adhésion à l'Ordre violent le principe de libre adhésion à une institution représentative conférant à celui-ci un pouvoir inacceptable sur les professionnels. La création récente des différents conseils de l'Ordre des professions paramédicales n'aboutit qu'à cloisonner ces professions dans une logique corporatiste. In fine, comme dans la première proposition de loi il est proposé de supprimer le caractère automatique et obligatoire de l'adhésion des salariés aux Ordres des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes même si « [...] d'une certaine manière, cela remet en cause l'existence même des Ordres, leur vocation étant de réunir l'ensemble des professionnels. » À la lecture de cette proposition de loi, on s'aperçoit que la motivation est avant tout idéologique, le raisonnement basé sur une dialectique marxiste vilipendant la « privatisation » du système de santé français et de ses institutions.

Face à ces attaques concertées contre l'institution ordinale, certes limitée aux Ordres paramédicaux, les autres Ordres professionnels conscients du danger que représenterait la brèche ouverte, si les paramédicaux salariés étaient dispensés de s'inscrire au tableau de leur Ordre, vont réagir en réalisant un efficace travail de lobbying auprès des parlementaires des deux assemblées et, s'étant souvenu que « l'union fait la force », en créant dès le mois de décembre 2008 un Comité de Liaison des Institutions Ordinales (CLIO)¹²⁷⁸ dont l'objet est de regrouper par l'intermédiaire de leurs instances représentatives nationales, les différents conseils de l'Ordre des professions réglementées, d'assurer une information mutuelle des institutions ordinales sur les questions présentant un intérêt commun ainsi que la conduite d'études et l'émission d'avis ou de propositions sur les questions d'intérêt commun. On aurait pu penser que la menace était passée mais la très difficile construction de l'Ordre infirmier et ses non moins très nombreux déboires vont cristalliser l'attention des parlementaires sur ce sujet. Au cours de la 13^e législature¹²⁷⁹, entre le 5 août 2008 (question écrite n° 247 de Madame Béatrice PAVY, députée UMP de la 3^e circonscription de la Sarthe) et le 6 décembre 2011 (question écrite n° 123696 de monsieur M. Jean DIONIS DU SEJOUR député NC¹²⁸⁰ de la 1^{re} circonscription du Lot-et-Garonne) ce ne seront pas moins de 143 questions écrites qui

1278 Comité de Liaison des Institutions Ordinales (CLIO), Association régie par la loi du 1er juillet 1901, Siège social : 19, rue Cognacq-Jay, 75341 Paris Cedex 07, n° parution au JORF 20090002, Paris (Ile de France), déclaration à la préfecture de Police le 09 décembre 2008, n° d'annonce 723, JORF du 10 janvier 2009

1279 13^e législature : 20 juin 2007 – 19 juin 2012

1280 NC : Nouveau Centre

seront posées au Gouvernement à ce sujet. Si un peu moins de 40 % (39,10 % - 56 QE) ont pour auteurs des députés siégeant dans l'opposition (GDR et SRC¹²⁸¹) ayant pour unique souci les modalités d'adhésion obligatoires aux ordres paramédicaux notamment pour les professionnels salariés, la majorité d'entre elles (60,84 % - 87 QE) seront posées par des députés appartenant à la majorité présidentielle et qui s'inquiète des menaces pesant sur la pérennité des ordres professionnels paramédicaux. Indépendamment de l'appartenance politique des auteurs qui conditionne le champ lexical des questions posées ce qui est intéressant est l'étude des réponses gouvernementales.

4. La fragilité de l'existence des ordres paramédicaux au premier chef desquels celui des masseurs-kinésithérapeutes¹²⁸²

Depuis le 20 juin 2012, date du début de la 14^e législature, en l'espèce, 89 questions ont été posées au Gouvernement. Les rapports de force s'étant inversés au sein de l'Assemblée Nationale 33 de ces questions (37,08 %) émanent des rangs de la majorité présidentielle et 56 ont pour auteurs les parlementaires de l'opposition (62,02 %). La thématique n'a guère varié. Les députés de gauche souhaitent l'abolition des ordres professionnels paramédicaux, les députés de la droite parlementaire s'inquiètent de l'avenir de l'institution Ordinale, d'autant plus que Marisol TOURAINE, nouvellement nommée ministre chargée de la Santé, qui n'a jamais caché son hostilité à l'encontre de l'institution ordinale aurait, alors qu'elle venait d'assister à la mise en place du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, abordé la question des ordres professionnels et « *évoqué la possibilité de rendre l'adhésion facultative* »¹²⁸³. Quelques jours plus tard, en réponse à un courrier de l'intersyndicale CFDT, CFTC, CGT, FO, SNICS-FSU, SUD et UNSA Santé sociaux qui l'interrogeait à ce sujet, elle réitérera ses déclarations souhaitant « *engager rapidement des modifications législatives sur l'obligation d'adhérer aux ordres professionnels* » (cf. document infra). Cependant, l'intransigeance ministérielle va rapidement s'étioler.

¹²⁸¹ GDR : gauche démocratique et républicaine (groupe parlementaire constitué par les députés communistes, écologistes et différents députés d'outre-mer) ; SRC : Groupe Socialiste, républicain et citoyen (groupe parlementaire constitué autour du parti socialiste).

¹²⁸² DELETRAZ Martine, VIALA Georges, Professions de santé : variétés ordinales, Petites Affiches, 11 juin 2001, n° 115, p.6

¹²⁸³ Dépêche Agence Presse Médicale (APM) du 27 juin 2012

Quelques jours plus tard, un communiqué du ministère de la santé, repris par une dépêche de l'AFP annoncera que « [...] seuls les ordres paramédicaux seront concernés par la révision de l'adhésion obligatoire »¹²⁸⁴. D'une volonté ministérielle initiale de rendre facultative l'inscription ordinale, on est passé à ce qu'elle ne concerne que les Ordres des professions paramédicales, c'est dire celles qui regroupent les auxiliaires des médecins, qui ne disposant pas d'une représentation parlementaire leur permettant de peser sur les décisions politiques. Ainsi que l'écrivait Jean de La Fontaine « *Selon que vous serez puissant ou misérable les jugements de cour vous rendront blanc ou noir.* »¹²⁸⁵

Les grandes centrales syndicales, dont l'animosité vis-à-vis de l'institution ordinale a été revigorée par l'arrivée au pouvoir d'un gouvernement de Gauche vont recevoir de la ministre de la santé nouvellement désignée une réponse (cf. infra) qui va leur laisser espérer la disparition de l'Ordre des infirmiers dans un premier temps puis de celui des masseurs-kinésithérapeutes par « effet domino »¹²⁸⁶



Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

La Ministre

Paris, le 6 JUIN 2012

N/Réf. : CAB/CR/ST - Mercure n° 12-11972
V/Réf. : lettre du 13.06.12

Madame la Secrétaire générale,

Le courrier que vous m'avez adressé le 13 juin dernier au nom de l'intersyndicale CFDT, CFTC, CGT, FO, SNICS-FSU, SUD et UNSA Santé Sociaux, concernant l'ordre infirmier a retenu toute mon attention.

Je suis consciente des difficultés rencontrées par certains professionnels opposés aux règles édictées lors de la création de cet ordre. C'est pourquoi je souhaite engager rapidement des modifications législatives sur l'obligation d'adhérer aux ordres professionnels.

Je vous prie de croire, Madame la Secrétaire générale, en l'assurance de ma sincère considération.

Proviens en.

Marisol Touraine
Marisol TOURAINE

La situation difficile du CNOI est l'argument que les opposants à l'institution ordinale utilisent à satiété pour tenter d'obtenir la disparition des ordres paramédicaux. Pour les députés de la droite parlementaire, conscients que, dans ce cas, par un effet domino les autres Ordres professionnels subiraient à terme le même sort, la thématique des questions reste

¹²⁸⁴ Dépêche AFP du 19 juillet 2012

¹²⁸⁵ Jean de La Fontaine (1621 – 1695), extrait de la fable « Les animaux malades de la peste »

¹²⁸⁶ Effet domino : réaction en chaîne, suite de causes à effets, réagissant en chaîne suite à une première action.
Source : <http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/>

inchangée et reste centrée sur l'avenir des ordres paramédicaux. Aux premiers, il est répondu que l'inscription au tableau de l'ordre est une des deux conditions obligatoires pour pouvoir exercer légalement la profession et que *« doté de la personnalité civile, l'ordre national est chargé par le législateur d'une mission de service public [qu'il est] totalement autonome et autofinancé via le prélèvement des cotisations obligatoirement versées par les membres inscrits au tableau »* Et qu'à ce titre le paiement de la cotisation ordinale est une obligation légale annuelle pour chaque masseur-kinésithérapeute inscrit au tableau, conformément à l'article L. 4321-16 CSP. In fine le ministre rappelle que conscient de l'effort financier demandé aux masseurs-kinésithérapeutes salariés, le ministre a demandé à la DGOS de conduire une médiation avec le CNOMK. In fine, le ministre rappelle que *« [...] tout masseur-kinésithérapeute qui ne s'est pas inscrit au tableau de l'ordre est en position d'exercice illégal. C'est alors au titre de complicité d'exercice illégal, dû à la non-inscription des masseurs-kinésithérapeutes employés, que l'établissement risque d'être poursuivi. »* Aux députés de la majorité qui s'inquiète des projets visant à remettre en cause les modalités d'adhésion obligatoire à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le ministre répond que *« l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes affiche une proportion de professionnels inscrits au tableau très élevée, situation liée au caractère majoritairement libéral de cette profession, et a su rencontrer l'adhésion de ceux qui la composent. Il n'y a donc pas lieu de rendre facultative l'adhésion à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. [et que] À ce jour, seule une loi est donc en mesure de supprimer cette obligation et il revient, le cas échéant, au Parlement de se saisir de cette question. »*

Et le ministre de conclure que compte tenu des difficultés récurrentes de la mise en place de l'Ordre infirmier et des problèmes de gestions qu'il rencontre du fait du refus d'inscription et de paiement de la cotisation exprimé par l'immense majorité des infirmiers salariés qui rejette l'instance ordinale mise en place, la ministre des affaires sociales et de la santé a été amenée à proposer que l'adhésion à cet ordre soit rendue facultative. Dont acte. Cette réponse est la réponse type faite par le Gouvernement à la fin de l'année 2012¹²⁸⁷ mais entre le moment où la question fut posée et la réponse exprimée, une énième proposition de loi, avait été déposée par Monsieur Jean-Marie LE GUEN¹²⁸⁸ le 26 septembre 2012¹²⁸⁹. Cette proposition de loi se

¹²⁸⁷ Par exemple, question écrite n° 3086 du 14 août 2012 de monsieur Damien Meslot député UMP de la 1ère circonscription du Territoire-de-Belfort. Réponse de la ministre des Affaires sociales et de la santé le 25 décembre 2012 ; sources <http://www2.assemblee-nationale.fr/>

¹²⁸⁸ LE GUEN Jean-Marie ((1953 -) médecin, député socialiste de la 9ème circonscription de Paris (1988-1992 et 1997- avril 2014), Secrétaire d'État chargé des Relations avec le Parlement depuis avril 2014

distinguaient des précédentes par son radicalisme car elle visait purement et simplement à supprimer l'obligation, pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues, de s'inscrire aux ordres professionnels. L'auteur de cette proposition de loi, vraisemblablement nostalgique de son passé d'étudiant en médecine militant d'extrême gauche¹²⁹⁰ se proposait, pour toutes les professions paramédicales dotées d'un Ordre professionnel de supprimer le caractère obligatoire de l'adhésion aux Ordres professionnels et de la rendre uniquement facultative pour tous, quel que soit le mode d'exercice. Avec une duplicité ahurissante, Monsieur LE GUEN expose que « [...] *cette proposition de loi ne vise pas à abolir les structures ordinales de notre système de santé, mais tend plutôt à supprimer, pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues l'obligation d'adhésion à l'ordre, marquée par l'acquittement d'une cotisation imposée [...] ainsi que le droit d'accès par les instances ordinales aux listes nominatives des professionnels employés par les structures publiques et privées en vue des inscriptions automatiques[...]* ».

La pérennité de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes est-elle assurée ? Tel est la question qui pourrait servir de conclusion à ce chapitre.

À l'issue de l'examen par l'Assemblée nationale du projet de loi relatif à la santé¹²⁹¹ tardivement rebaptisé « *de modernisation du système de santé* » et de son adoption par l'Assemblée Nationale¹²⁹² il semblerait que oui. Plusieurs amendements visant à supprimer l'obligation d'inscription aux Ordres paramédicaux avaient été déposés par Madame LE HOUEROU¹²⁹³ auquel, pour faire bonne mesure, s'était associé un groupe de 18 député(e)s du groupe socialiste.

¹²⁸⁹ Assemblée Nationale, Proposition de loi tendant à supprimer l'obligation, pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues, de s'inscrire aux ordres professionnels, n° 209, 26 septembre 2012 présenté par monsieur Jean-Marie LE GUEN

¹²⁹⁰ THORAVALL Armelle, Les trotskistes et la MNEF. Noyautage pour un joyau. Histoire d'une imprimerie qui vit un groupe de l'OCI faire main basse sur la mutuelle étudiante, passer au PS, puis être dans la mire des juges., Libération –Société, 4 Janvier 1999. Source : <http://www.liberation.fr/societe/>

¹²⁹¹ Projet de loi relatif à la santé présenté par madame Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, n° 2302

¹²⁹² Assemblée Nationale, adoption du projet de loi relatif à la modernisation du système de santé, en première lecture par 321 voix pour, 241 contre et 11 abstentions, mardi 14 avril 2015

¹²⁹³ LE HOUEROU Annie, (1960 -), fonctionnaire, députée socialiste de la 4ème circonscription des Côtes-d'Armor depuis le 30 juin 2012.

Deux de ces amendements¹²⁹⁴ visaient directement et exclusivement l'Ordre des infirmiers en ayant pour objet « [...] *la suppression de l'ordre des infirmiers et corrélativement suppriment l'inscription automatique des infirmiers au tableau de l'ordre [...]* ». Deux autres amendements, relatifs aux ordres des masseurs-kinésithérapeutes (n° 519) et des pédicures-podologues (n° 520), poursuivaient le même but, à savoir « [...] *supprimer l'obligation d'adhésion des masseurs-kinésithérapeutes à l'ordre professionnel contesté dès sa création et jugé peu représentatif par les praticiens. En corrélation sont supprimés l'accès de l'ordre aux listes nominatives des professionnels et l'inscription automatique au tableau de l'ordre [...]* ». L'auteur des amendements insistant, à nos yeux de manière superfétatoire, en soutenant « [...] *qu'il serait inéquitable de maintenir la contrainte d'adhésion aux Masseurs-Kinésithérapeutes à un ordre paramédicale*¹²⁹⁵ *alors que d'autres professions paramédicales ne sont pas soumises à un ordre professionnel* » et proposant qu'à la fin de l'article L.4321-13¹²⁹⁶ les mots « *obligatoirement tous les masseurs-kinésithérapeutes habilités à exercer leur profession en France, à l'exception des masseurs-kinésithérapeutes relevant du service de santé des armées.* » soient remplacés par les mots « *tous les masseurs-kinésithérapeutes ayant librement et volontairement adhéré audit Ordre* » ! Il en aurait été alors pour l'Ordre comme pour les syndicats : adhère qui veut.

Lorsqu'on sait que la France a un taux de syndicalisation de 8 %, ce qui la place en dernière position des états membres de l'Union Européenne et de l'OCDE où le taux de syndicalisation est en moyenne de 25 %¹²⁹⁷ et que « *La faiblesse du nombre d'adhérents est une spécificité du syndicalisme français actuel* » et ce même si l'implantation syndicale est comparable dans le secteur public et dans le secteur privé¹²⁹⁸. Cela nous donne une idée du taux d'adhésion libre et volontaire à l'institution ordinale. Si on prend comme référence les derniers chiffres publiés en la matière au mois de mai 2013 par le CNOMK, on apprend qu'au 31 mai 2013 sur les 75 815 masseurs-kinésithérapeutes recensés, 70 844 étaient inscrits ce qui représente 93,49 % des professionnels. Parmi ces inscrits, on trouve 59 696 masseurs-kinésithérapeutes libéraux

¹²⁹⁴ Amendements n° 517 et 518, article additionnel avant l'article 30bis et n° 518, 26 mars 2015 , Assemblée Nationale, santé n° 2673

¹²⁹⁵ La faute d'orthographe est à mettre au compte de madame LE HOUEROU

¹²⁹⁶ CSP, article L.4321-13 « *L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes regroupe obligatoirement tous les masseurs-kinésithérapeutes habilités à exercer leur profession en France, à l'exception des masseurs-kinésithérapeutes relevant du service de santé des armées.* »

¹²⁹⁷ OCDE, Statistiques « OECD Statistics » : <http://stats.oecd.org/wbos/>

¹²⁹⁸ « Le paradoxe du syndicalisme français : un faible nombre d'adhérents, mais des syndicats bien implantés », Premières synthèses informations, DARES, avril 2008, n°16.1, source : <http://travail-emploi.gouv.fr/>

(98,4 %), 10 439 masseurs-kinésithérapeutes salariés (72,8 %) et 709 divers (85,9 %), composés essentiellement des sociétés d'exercice et des masseurs-kinésithérapeutes dont il n'a pas été possible de déterminer le collège d'appartenance. 8 % d'adhérents représenteraient environ 6 065 masseurs-kinésithérapeutes... Cette projection se passe de commentaire. On peut également s'étonner de la volonté manifestée par les parlementaires de revendiquer une liberté d'inscription à l'Ordre lorsqu'on se souvient que les parlementaires de la même famille politique avaient, en 2002, institué le Conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue, orthophoniste et orthoptiste, conseil qui, selon les dispositions de l'article L.4391-1 CSP groupait obligatoirement les personnes exerçant en France, à titre libéral, les professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste. Ce conseil est doté de la personnalité morale.

Instruits par les précédents en la matière, les représentants professionnels tant syndicaux qu'ordinaux vont dès la publication de l'amendement n° 519, le vendredi 3 avril 2015, réaliser un vaste travail de lobbying, tous azimuts, auprès de leurs différents contacts¹²⁹⁹ ce qui permit à Madame Pascale MATHIEU, Présidente du CNOMK d'alerter immédiatement les cabinets de Messieurs François HOLLANDE, président de la République, Manuel VALLS, Premier ministre et de Madame Marisol TOURAINE, ministre chargée de la santé. Dans le même temps, contact était pris avec Madame LEMORTON¹³⁰⁰.

Forts des résultats, incontestables, de l'enquête réalisée quelque mois auparavant par la DGOS et des statistiques relatives à l'inscription des masseurs-kinésithérapeutes au tableau de l'Ordre, les représentants ordinaux, ayant obtenu le mercredi 8 avril un rendez-vous avec Madame Annie LE HOUEROU, purent plaider avec fermeté et détermination la cause de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Supra, nous écrivions que l'institution ordinale engagea une action tous azimuts. Le même jour, le CNOMK siégeant au CLIO, le sujet fut abordé. Concomitamment, le président de la MIVILUDES¹³⁰¹, Monsieur Serge BLISKO ayant

¹²⁹⁹ DUMAS Jean-François, Secrétaire général CNOMK, « Point de situation sur l'amendement n°519 », jeudi 9 avril 2015 ; source : <http://intranet.ordremk.fr/>

¹³⁰⁰ LEMORTON Catherine, (1961-), pharmacienne d'officine, députée socialiste de la 1ère circonscription de la Haute-Garonne depuis juin 2007

¹³⁰¹ La MIVILUDES (Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dériver Sectaires) est une mission interministérielle instituée auprès du Premier ministre (Décret n° 2002-1392 du 28 novembre 2002 instituant une mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, JORF du 29 novembre 2002, p. 19646). Elle a pour mission d'observer et d'analyser le phénomène sectaire à travers ses agissements attentatoires aux droits de l'homme, aux libertés fondamentales et autres comportements répréhensibles. Elle coordonne l'action préventive et répressive des pouvoirs publics à l'encontre des dérives sectaires, contribue à la formation et l'information de ses agents et informe le public sur les risques voire les

été informé de cette menace de disparition des ordres paramédicaux alerta Monsieur Jean-Louis TOURAINE¹³⁰², rapporteur du projet de loi ainsi que l'ensemble des groupes parlementaires étaient contactés pour évoquer le dossier. Est-ce cette intervention qui emporta la décision, mais il nous faut mettre en exergue l'intervention d'un député socialiste qui semble avoir pesé d'un certain poids dans la décision prise par Madame Annie LE HOUEROU de retirer les amendements n° 519 et 520 avant qu'ils ne soient discutés par les députés. En effet, à l'occasion de la discussion de l'article 19 du projet de loi¹³⁰³, un député socialiste, Monsieur Gérard BAPT¹³⁰⁴, médecin cardiologue, ancien opposant à l'Ordre des médecins, intervint pour plaider en faveur du maintien de l'institution ordinale en soulignant avec habileté son rôle en tant que garant de la sécurité des patients. Interpellant deux de ses confrères, opposés au projet de loi, il rappela que « [...] *Comme vous, médecin en exercice, je me suis plié à la nécessité de respecter l'éthique dont notre ordre est le gardien. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles j'ai renoncé à l'idée qu'il fallait supprimer l'Ordre des médecins* » et rappela que depuis quelques années l'institution ordinale avait su évoluer favorablement « [...] *Il faut reconnaître que depuis quelques années, il joue au contraire un rôle positif dans l'évolution de notre système de santé et donc de l'offre médicale.* »

Cependant, les débats se cristallisèrent sur les multiples difficultés ayant émaillé la récente construction du Conseil de l'Ordre des infirmiers et Madame Annie LE HOUEROU prit la décision de maintenir les amendements n° 517 et 518. E

Pour conclure cette âpre discussion, Monsieur Jean-Louis TOURAINE, rappela que la Commission des affaires sociales n'était pas favorable à une telle mesure « *de clivage de la profession* émis un avis de sagesse. La ministre de la santé lors de son intervention finale déclara qu'il ne lui semblait pas opportun de « [...] *se passer d'un cadre de régulation déontologique et institutionnel [...] car nous avons besoin de structures qui permettent de réguler et d'accompagner la profession. [...] Et nous en avons d'autant plus besoin que nous nous engageons dans le virage ambulatoire [...]* » et que le Gouvernement était opposé à ces deux amendements.

dangers auxquels il est exposé et facilite la mise en œuvre d'actions d'aide aux victimes de dérives sectaires.
Source : <http://www.derives-sectes.gouv.fr/missions>

¹³⁰² TOURAINE Jean-Louis, (1945-), Professeur de médecine, député de la 3e circonscription du Rhône depuis juin 2007

¹³⁰³ Assemblée nationale, XIVème législature, session ordinaire de 2014-2015, Compte rendu intégral, Modernisation du système de santé, article 19, 1ère séance du jeudi 09 avril 2015

¹³⁰⁴ BAPT Gérard, (1946 -), médecin cardiologue, député socialiste de la 2ème circonscription de la Haute-Garonne depuis juin 1997

Cependant, alors qu'il n'y avait que 32 députés présents dans l'hémicycle, un vote fut organisé. 29 suffrages furent exprimés parmi lesquels 19, c'est-à-dire à une large majorité... des députés présents, favorables à la dissolution de l'Ordre des infirmiers.

« *Les députés suppriment l'Ordre national des infirmiers contre l'avis de Marisol Touraine* » titrait la presse spécialisée le lendemain du vote¹³⁰⁵. Est-ce vraiment le cas ? Car si on reprend les différentes déclarations de la ministre (cf. supra), ne serait-ce que depuis sa prise de fonction, on ne peut pas dire qu'elle a manifesté beaucoup de soutien à la cause des ordres paramédicaux. Elle l'a d'ailleurs rappelé lors des débats en stigmatisant la décision de la précédente majorité parlementaire de créer les ordres paramédicaux « [...] *Ce sujet est vieux comme la création des ordres [...] l'ordre infirmier a connu, comme les autres ordres [...] des débuts difficiles. Et cela à cause de vous, messieurs de l'opposition* » et en déclarant que la loi Kouchner ayant créé le Haut conseil des professions paramédicales, il eut été plus judicieux de lui confier des missions déontologiques que de les confier à des ordres.

Les ordres paramédicaux, et au premier chef celui des masseurs-kinésithérapeutes sont-ils assurés de perdurer sous leur forme actuelle ? On peut en douter lorsqu'on prend connaissance de la suite de la déclaration de la ministre chargée de la santé « *Des efforts sont à réaliser du côté des ordres – je tiens à le dire clairement. Le Gouvernement souhaite que les ordres soient très attentifs au montant des cotisations qui sont demandées [...]. Le Gouvernement souhaiterait également que l'on se dirige vers une mutualisation des efforts et du travail effectué au sein des ordres paramédicaux. Des évolutions sont nécessaires [...]* »

Certes, le parcours législatif de ce texte adopté ce jour, mardi 14 avril 2015, n'est pas encore terminé mais le Gouvernement ayant choisi, conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 45¹³⁰⁶ a 2 de la Constitution la procédure accélérée pour espérer une adoption rapide de la loi, il y a gros à parier que cet enterrement de première classe de l'Ordre infirmier, sans fleur ni couronne soit définitif. De la même manière, la ministre chargée de la santé ayant déclaré lors des débats que le Gouvernement souhaitait « *une mutualisation des efforts et du travail effectué* » on peut penser que les règles de fonctionnement des deux autres

¹³⁰⁵ QUEGUINER Thomas, HOSPIMEDIA, 10 avril 2015, source : <http://abonnes.hospimedia.fr/>

¹³⁰⁶ Constitution du 4 octobre 1958, en vigueur, Article 45 alinéa 2 « [...] *Lorsque, par suite d'un désaccord entre les deux assemblées, un projet ou une proposition de loi n'a pu être adopté après deux lectures par chaque assemblée ou, si le Gouvernement a décidé d'engager la procédure accélérée sans que les Conférences des présidents s'y soient conjointement opposées, après une seule lecture par chacune d'entre elles, le Premier ministre ou, pour une proposition de loi, les présidents des deux assemblées agissant conjointement, ont la faculté de provoquer la réunion d'une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion.* »

ordres paramédicaux soient modifiées dans un proche avenir. On peut également s'interroger sur cette perspective. Que faut-il entendre par mutualisation ? Quels efforts et quel travail effectués seraient concernés ? Autant de questions générant autant d'inquiétudes. Il est quand lissant et même irritant de constater qu'en matière d'organisation des différentes professions paramédicales, les pouvoirs publics ne supportent pas que chacune d'entre elles acquièrent une certaine autonomie si ce n'est une autonomie certaine. Après la fusion des différents conseils supérieurs propres à chacune des professions paramédicales (masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, etc.) en un seul et même conseil des professions paramédicales pour ne citer que lui faut-il envisager un Conseil de l'ordre de (certaines) professions paramédicales ? Ou bien feu le défunt Conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue, orthophoniste et orthoptiste, réservé exclusivement aux professionnels libéraux, va-t-il, tel le phénix, renaître de ses cendres¹³⁰⁷ ? Le prochain Gouvernement et la prochaine majorité parlementaire nous le diront... peut-être !

Les mutations de la société française vont également avoir un impact sérieux sur la profession de masseur-kinésithérapeute en jetant à bas le monopole légal du massage qui leur était dévolu et que les professionnels considéraient depuis la naissance de leur profession comme étant le cœur de leur profession.

¹³⁰⁷ Créé par l'article 71 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, ce conseil regroupait obligatoirement « (...) les personnes exerçant en France, à titre libéral, les professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste » (article L.4391-1 CSP). Il fut abrogé par l'article 4 de la loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 publiée au JORF du 27 décembre 2006, p. 19 689

CHAPITRE II - LE MONOPOLE LEGAL DU MASSAGE DEVOLU AUX MASSEURS-KINESITHERAPEUTES A L'EPREUVE DE LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

Paragraphe 1. La problématique de la pratique du massage

Le massage est une pratique ancestrale et universellement pratiquée. Il est généralement admis qu'en France depuis 1946 la loi ayant créée la profession de masseur-kinésithérapeute a octroyé à ses membres le monopole du massage qu'il soit thérapeutique, hygiénique ou sportif.

1. L'exclusivité du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes : une pratique qui s'est érodée au fil des ans

La problématique du massage tient au fait que le législateur en a confié le monopole à la seule profession de masseur-kinésithérapeute en 1946 à l'occasion d'un « accident » politico-sociologique sans distinguer massage thérapeutique et massages profanes issus de techniques ancestrales.

Dans l'inconscient collectif des masseurs-kinésithérapeutes le massage occupe une place privilégiée. Ils le revendiquent haut et fort, contre vents et marées... Tel un leitmotiv ils répètent à l'envi que le massage est le cœur de leur métier, un patrimoine auquel il ne faut toucher sous aucun prétexte. Pourtant ce monopole que la loi n° 46-608 du 30 avril 1946 semblait leur avoir confié c'est, au fil des années, lentement mais inexorablement érodé du fait de l'évolution de la société française qui à l'heure des 35 heures et de la civilisation des loisirs est, comme jamais par le passé, en recherche de bien-être et de détente, les Françaises et les Français n'ayant jamais été aussi soucieux de vivre dans « [...] *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »¹³⁰⁸ et de s'abandonner à moult plaisirs épicuriens. De ce fait, ils vont manifester un intérêt croissant pour toutes les méthodes et techniques ou autres procédés qui vont pouvoir les aider à atteindre cet état de (plus ou moins) complet bien-être au premier rang desquels figurent les massages. Dans le même temps, les esthéticiennes voyaient leur formation se mettre en place et se développer avec l'apparition de nouveaux diplômes, synonymes de nouvelles qualifications.

¹³⁰⁸ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 et entré en vigueur le 7 avril 1948, Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100

Concomitamment, la profession s'est considérablement « médicalisée » privilégiant les soins thérapeutiques au détriment des soins hygiéniques, ce processus se traduisant par un certain désintérêt, si ce n'est un désintérêt certain, pour le massage des jeunes praticiens de plus en plus kinésithérapeutes mais de moins en moins masseurs qui ont progressivement délaissé sa pratique¹³⁰⁹.

Confinés dans leurs cabinets de rééducation, certes fonctionnels mais le plus souvent austères, les masseurs kinésithérapeutes n'ont pas vu ou pas voulu voir, ni prendre en compte ces changements sociétaux. Ils ont ignoré et négligé la demande sans arrêt croissante de massages « bien-être » ou massages « détente » d'une part non négligeable de la population. De plus, l'activité thérapeutique de la plus grande majorité de la profession ne leur a pas permis de répondre à cette quête. La nature ayant horreur du vide, pour satisfaire les adeptes de ces différents types de massages, certains esprits mercantiles ont profité de l'affrontement des esthéticiennes avec les masseurs kinésithérapeutes pour s'engouffrer dans la brèche et exploiter un marché très porteur et surtout très rentable, considérant le massage comme un marché économique exploitable et libre de concurrence.

Aussi, aujourd'hui, nous pouvons légitimement nous demander ce qu'il en est du monopole légal dévolu aux masseurs kinésithérapeutes à l'épreuve de la pratique quotidienne.

En France, depuis près de cent cinquante ans, le massage fait l'objet de débats centrés sur son exercice, ses effets, ses applications hygiéniques, esthétiques et médicales.

2. Le massage : ses origines, l'évolution d'une pratique

Le massage est une technique ancestrale, pratiquée depuis la nuit de temps qui a évolué au gré des civilisations.

A. Le massage : des techniques vraisemblablement nées en Orient

D'un point de vue étymologique, c'est à la fin du XVIII^e siècle (1779) que le verbe masser, emprunté à l'arabe *massa* « toucher, palper » émerge en France. L'art du massage étant d'origine orientale et le fait que le mot apparaît préférentiellement dans des relations de voyage en Orient permettent d'écarter l'origine grecque retenue par certains auteurs d'un emprunt au grec *massein* « pétrir ». De masser sont apparus, à la même époque les mots masseur et masseuse puis massage en 1818¹³¹⁰.

¹³⁰⁹ A la fin des années 1970, les masseurs-kinésithérapeutes nouvellement formés qualifiaient leurs pairs pratiquant le massage dans un but non thérapeutique de « masseur bain-douche ».

¹³¹⁰ Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain Rey, Le Robert, avril 2012

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le massage est une pratique ancestrale, universellement pratiquée de manière empirique depuis la nuit des temps¹³¹¹ mais, avec la chute de l'Empire romain au Ve siècle, l'art médical va stagner et régresser en Occident. L'emprise religieuse est très forte, le corps tenu en mépris, les moines médecins privilégient les prières. Le massage va tomber dans l'oubli malgré l'œuvre de Avicenne¹³¹². À partir du XVe siècle la Renaissance bouleverse l'appréhension de la notion de santé et de la vision du corps. Massage et gymnastique vont recouvrer leur intérêt. Symphorien Champier (1471 – 1538) médecin de Charles VIII et de Louis XII y a recours. Désormais, l'intérêt pour le massage ne se démentira plus¹³¹³. Au début du XIXe siècle le massage est utilisé partout en Europe mais reste l'apanage de quelques initiés. La majorité du corps médical n'est pas convaincue.

B. La médicalisation du massage au XIXe siècle

La deuxième moitié du XIXe siècle sera pour la massothérapie une période d'expérimentations sur les effets du massage, réalisées le plus souvent par des médecins hospitaliers parisiens à l'initiative de Napoléon Laisné¹³¹⁴, qui feront l'objet de communications à l'Académie de médecine. À la fin ce siècle on considère qu'il y avait deux types de praticiens. D'une part, les médecins qui n'utilisaient que très peu le massage,

¹³¹¹ Depuis des millénaires le massage était pratiqué en Chine et en Inde. Le Père Huc, lazariste qui visita la Chine de 1844 à 1846 dans son ouvrage « Souvenirs d'un voyage dans la Tartarie, le Tibet et la Chine pendant les années 1844, 1845, 1846 » et le Père Amiot « Mémoires concernant les Chinois » nous apprennent que massage et gymnastique sont utilisés fréquemment et sont décrits dans des ouvrages en particulier le « Kong Fou » remontant à 2700 (?) avant Jésus Christ. Sir Williams Jones, orientaliste britannique de la fin du 18ème siècle, découvrit l'existence en Inde des Livres Sacrés, dont l'origine remonterait à environ 18 siècles avant Jésus Christ dont l'un, l'Ayur-Veda, est consacré à la médecine. On y préconise parmi les moyens thérapeutiques le massage et la gymnastique. Plus près de nous les médecins grecs pratiqueront et décriront la gymnastique et le massage. Hippocrate (460 – 370 av. JC) fait appel au massage, en particulier dans les raideurs articulaires ou après les luxations et les fractures. Asclépiade, (124 – 40 av. JC) médecin grec ami de César et Antoine, introduira à Rome la gymnastique thérapeutique, l'hydrothérapie et le massage. Celse (IIème siècle) et surtout Galien (129 -216) ont pratiqué le massage.

¹³¹² Ibn Sîna, connu sous le nom d'Avicenne, médecin et philosophe iranien né (980-1037). Il a traduit les auteurs anciens. Dans son remarquable traité « *Canons de la médecine* » qui servira de base aux études médicales en Occident et en Orient, il préconise, entre autre, le recours aux massages.

¹³¹³ Boerhaave, médecin hollandais (1668-1738), Hofmann, médecin allemand (1660-1742), Nicolas Andry de Boisregard, doyen de la faculté de médecine de Paris, inventeur du mot orthopédie, vantent les bienfaits de la gymnastique et du massage. Clément Joseph Tissot, médecin et chirurgien, publie en 1780 « *Gymnastique médicinale et chirurgicale* » ouvrage dans lequel il décrit avec précision les techniques du massage.

¹³¹⁴ Inspecteur de l'enseignement de la gymnastique à la ville de Paris, il créa de nombreux gymnases et surtout il obtint des autorités sanitaires, l'ouverture d'un gymnase – à l'hôpital des enfants, rue de Sèvres à Paris, puis à l'hôpital de la Salpêtrière. En 1868, Napoléon Laisné fait paraître plusieurs ouvrages dont un « *Du massage, des frictions et manipulations appliqués à la guérison de quelques maladies* ».

préférant former des « assistants masseurs » chargés d'appliquer strictement les techniques dictées par eux et les masseurs « hygiénistes », garçons de bains des stations thermales, garçons de salles des hôpitaux, anciens gardes-malades, qui exerçaient le plus souvent hors de tout contrôle¹³¹⁵.

Il serait trop long et hors du sujet de ce travail de citer toutes les études expérimentales de cette époque sur le massage. Effectuées en France, en Allemagne, en Autriche, en Suède, en Italie, en Angleterre, elles démontrent l'efficacité du massage dans certaines affections.

À l'aube du XXe siècle, le massage a fait la preuve de son efficacité mais le corps médical, dans son immense majorité, est toujours réticent car si cette technique de soins est pratiquée dans les hôpitaux par des médecins et des aides elles l'est aussi, malheureusement, par de nombreux empiriques qui sévissent à l'extérieur des enceintes hospitalières d'où le discrédit qui pèse sur cette pratique ou le pire côtoie le meilleur. À cette époque, l'engouement pour l'hygiénisme va avoir comme corollaire la renaissance des pratiques hydrothérapiques et hygiéniques contribuant ainsi à ce que son usage se répande au sein des établissements de cures thermales et dans les hôpitaux parisiens sous l'impulsion de médecins entreprenant une démarche pour que le massage rejoigne le corpus des disciplines médicales¹³¹⁶ en opérant une totale dichotomie entre les massages thérapeutiques consacrés au « *corps malade* », dont ils auront l'exclusivité et les massages hygiéniques voués au corps sain et le soin qu'ils prendront à différencier les deux pratiques en tentant d'exclure du vocabulaire médical le mot massage, jugé trop grossier, pour le remplacer par « *manipulations thérapeutiques* »¹³¹⁷. Cette volonté de médicaliser la pratique du massage va avoir comme double conséquence d'entraîner l'apparition d'un corps de masseurs professionnels et de renforcer l'aura des « empiriques », guérisseurs, rebouteurs et autres magnétiseurs¹³¹⁸ qui bénéficient, à cette époque, des faveurs d'une très large majorité de la population.

Le massage hygiénique revêtu du label médical, transformé en massothérapie dont l'exclusivité de la pratique sera désormais réservée, dans un premier temps aux médecins,

¹³¹⁵ MONET Jacques, L'approche historique de la kinésithérapie. Kiné actualité, n° 590, 11 avril 1996, SPEK, Paris

¹³¹⁶ Cf. MONET Jacques, Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle p.52

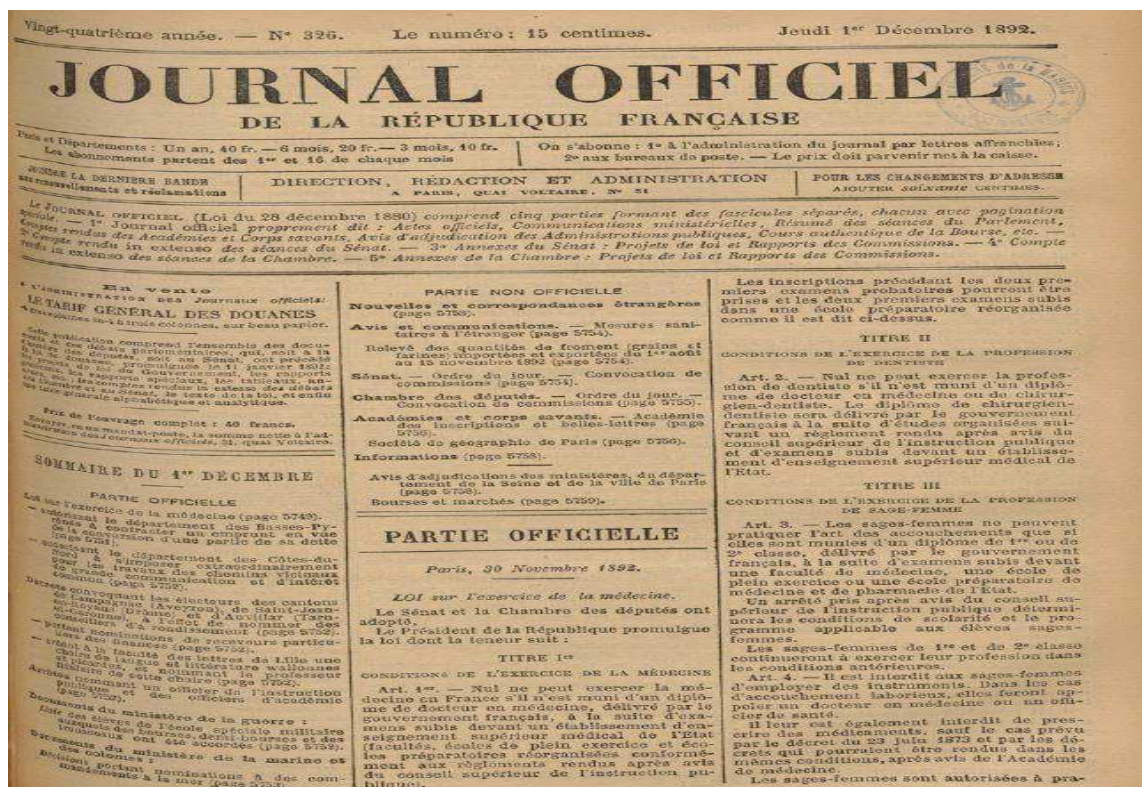
¹³¹⁷ DAILLY Eugène (docteur), Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales, Tome II, 4ème série, p. 809-814 et 863-868, Paris, Masson, 1865

¹³¹⁸ Cf. MONET Jacques, p. 54

puis à des aides qu'ils auront préalablement formés et qui ne pourront pratiquer que sous leur férule.

À compter de cette époque, le contentieux du massage va se développer entre les représentants du corps médical, détenteurs du savoir, et les masseurs empiriques possesseurs de la confiance des populations, surtout en milieu rural.

En effet, fort de l'exclusivité de l'art de guérir, acquise à la fin du XIX^e siècle¹³¹⁹, le corps médical va s'approprier l'ensemble des pratiques soignantes et ce, au moment où on assiste à l'émergence d'un processus de spécialisation médicale qui va les conduire à s'adjoindre les services d'auxiliaires qu'ils vont former pour assurer les gestes thérapeutiques externes, localisés et répétitifs donc facilement contrôlables¹³²⁰.



1319 Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, JORF 1er décembre 1892, p. 5749 - 5751

1320 BROUARDEL Paul (1837 – 1906), docteur en médecine, médecin des hôpitaux de Paris, d'abord à l'hôpital Saint Antoine puis à celui de la Pitié-Salpêtrière, doyen de la faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie des Sciences. « [...] Le massage et la kinésithérapie, ne doivent pas être pratiqués librement, car en dehors du doigté, du tour de main nécessaire pour bien masser, il faut que la main qui masse soit toujours guidé par un esprit clairvoyant et instruit [...] ». Discours prononcé le 28 mai 1906, lors de la séance d'ouverture du Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine (Paris 28-31 mai 1906), Commissaire du Gouvernement, il est un partisan acharné de la loi du 30 novembre 1892 à qui il a consacré de très nombreuses années tant pour sa rédaction que pour sa promotion.

Cependant, l'exclusivité de la massothérapie, strictement réservée au corps médical qui la considérait comme un acte médical, un moyen thérapeutique et qui assimilait sa pratique par un non-médecin à un exercice illégal de la médecine fut rapidement abandonnée. La principale cause fut la Première Guerre mondiale de 1914-1918.

C. L'apport essentiel de la Première Guerre mondiale

Ainsi que nous l'avons évoqué en introduction de ce travail la guerre de 1914-2018 a permis à la médecine et aux disciplines qui lui sont associées (chirurgie, examens complémentaires, soins infirmiers, techniques rééducatives) de progresser à pas de géant. Le massage et la rééducation, méthodes jusqu'alors réservés à des affections spécialisées ont connu une formidable promotion dans la mesure où, malgré l'empirisme des techniques et l'inexpérience de ceux qui les pratiquent, des centaines de milliers de blessés vont bénéficier de soins de massages et rééducation, légitimant et valorisant ainsi la pratique du massage et de la physiothérapie en matière de récupération et la réinsertion des blessés.

La carence en masseurs va justifier la mise en place de centres de formation dans les hôpitaux militaires et l'importation de masseurs étrangers en particulier suédois. À compter de cette époque, le corps médical va être contraint à son corps défendant de « déléguer » ses pouvoirs en matière de massage et de rééducation. Les premières à en bénéficier seront les infirmières puis les masseurs aveugles sous l'impulsion de la Fondation Valentin Huy.

À l'issue de la Seconde Guerre mondiale, comme nous l'avons évoqué supra, une particularité sociologique ayant confié à la nouvelle profession de masseur-kinésithérapeute l'exclusivité de la pratique du massage sous toutes ses formes, le débat reprit.

3. Un monopole très tôt contesté

La loi du 30 avril 1946 ayant confié aux seuls masseurs-kinésithérapeutes l'exclusivité du massage les masseurs aveugles réitèrent leur prétention sur le massage, les pédicures revendiquèrent l'exclusivité du massage du pied et les esthéticiennes celui du visage ! Les débats furent à la hauteur de l'enjeu mais les masseurs-kinésithérapeutes, grâce notamment à l'opiniâtreté du Président du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie Monsieur BROUSSE, préservèrent leur acquis et obtinrent de conserver ce que la loi leur accordait : de monopole du massage.

Si la querelle ne concerna, dès la création de la profession de la profession de masseur-kinésithérapeute, que le massage cela tient au fait que le législateur, avait pris soin de qualifier de médicale la gymnastique mais avait volontairement omis de le faire pour le massage. La raison tient dans le contexte de l'époque.

A. Une exigence morale à l'origine de l'exclusivité du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes

L'exigence morale qui marque la Libération ainsi que l'obligation de se conformer à la législation internationale¹³²¹ incite les députés à faire évoluer la réglementation relative à la prostitution. De surcroît, les femmes venant d'obtenir le droit de vote¹³²², il semble inconcevable d'ignorer les conditions de vie scandaleusement misérables de ces femmes qui vivaient recluses dans les maisons closes.¹³²³ Jusqu'alors adepte du réglementarisme en la matière, la France opte pour un ersatz de politique abolitionniste¹³²⁴. Le projet de loi visant à abolir les « maisons closes »¹³²⁵ s'inscrit dans ce courant qui s'amorce. Le 13 avril 1946, « *le*

1321 Convention internationale relative à la répression de la traite des femmes majeures, Genève, 11 octobre 1933 ratifiée par la France le 8 janvier 1947

1322 Le 21 avril 1944, l'article 17 de l'ordonnance portant organisation des pouvoirs publics en France après la Libération dispose que « *les femmes sont électrices et éligibles dans les mêmes conditions que les hommes* ». C'est l'aboutissement d'un long processus sociétal dont le général De Gaulle fut un ardent défenseur. Le 18 mars 1944, il déclare devant l'Assemblée consultative provisoire que « *le régime nouveau doit comporter une représentation élue par tous les hommes et toutes les femmes de chez nous* ». Le 24 mars, l'Assemblée consultative provisoire adopte par 51 voix contre 16 un amendement instaurant le vote des femmes. L'article 17 de l'ordonnance du 21 avril 1944 portant organisation des pouvoirs publics en France après la Libération dispose que « *les femmes sont électrices et éligibles dans les mêmes conditions que les hommes* ». Source <http://www.assemblee-nationale.fr/>

1323 ALLINE Jean Pierre Allinne, 2. Le temps des doutes 1920/2004, L'Harmattan, 2004

1324 RICHARD Marthe (1889-1980), Conseillère municipale, aviatrice, ex-prostituée, à la biographie controversée. À 16 ans, Marthe est inscrite comme prostituée dans les registres policiers. Elle épouse en 1905 un homme fortuné et serait devenue l'une des premières femmes à décrocher le brevet de pilote d'avion. Elle aurait ensuite été espionne pour la France pendant la guerre et devenue veuve aurait travaillé en Espagne.. Sa biographie reste fantaisiste jusqu'en 1945, où elle est devenue une femme respectable et respectée qui va, en 1945, alors qu'elle a été élue conseillère municipale du IVème arrondissement de Paris s'engager dans une croisade visant à obtenir la fermeture des maisons closes et dépose, le 13 décembre 1945, devant le Conseil municipal, un projet de fermeture des maisons close qui est adopté. Sur décision du préfet de police, toutes les maisons closes de l'arrondissement de la Seine seront fermées dans les trois mois qui suivent. Le 9 avril 1946, Marcel Roclore, médecin, député de la Côte d'Or, présente à l'Assemblée le rapport de la Commission de la famille, de la population et de la santé publique qui conclut à la fermeture des maisons closes. Pierre Dominjon, avocat, dont les sympathies avec les courants proches de la démocratie chrétienne sont à l'origine de son engagement au sein du mouvement républicain populaire (MRP), député de l'Ain va proposer à l'Assemblée constituante d'étendre ces dispositions à toutes les villes de France. Sources : Bernard VALADE, « Fermeture des maisons closes », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 23 juin 2013.

URL: <http://www.universalis.fr/encyclopedia/fermeture-des-maisons-closes/>

1325 Maison de tolérance, établissement de prostitution (source dictionnaire Larousse.fr)

projet de loi tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme » plus connu sous l'appellation « *loi Marthe Richard* » est adopté¹³²⁶.

La loi en son article 1^{er} ordonne la fermeture des maisons de tolérance et réprime plus sévèrement encore le proxénétisme¹³²⁷. C'est, semble-t-il, pour cela qu'en 1946, le législateur craignant que la suite de la fermeture des maisons closes ouvre la porte de la débauche et de la luxure aux prostituées qui poursuivraient leur commerce licencieux sous le couvert du massage. C'est pour cela qu'il est rappelé dans l'exposé des motifs de la loi n° 46-857 tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur gymnaste médical et de pédicure que « [...] Cette réglementation [...] écarterait les pratiques irrégulières qui, sous le couvert de massage, servent la prostitution clandestine ». Cette loi est le texte fondateur du monopole légal du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes mais c'est véritablement l'article L.487 de l'ancien code de la santé publique qui va l'affirmer expressément.

Dans sa version en vigueur du 7 octobre 1953¹³²⁸ au 22 juin 2000¹³²⁹ la rédaction de l'article L.487 CSP ancien est sans ambiguïté « [...] nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale, s'il n'est Français et muni du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute institué par l'article L. 488 du présent titre [...] ».

Le législateur n'ayant pas défini le massage en 1946, nous pensons qu'il est intéressant de tenter de le faire.

B. Essai de définition du massage

Avec quelque exagération nous pourrions écrire qu'il y a autant de définitions que de masseurs ! Cependant, faisant encore une fois référence à l'expertise de Jacques MONET, l'étude qu'il a réalisé en la matière montre que les multiples définitions du massage sont relativement stables dans le temps et guère éloignées les unes des autres dans la mesure où les

¹³²⁶ Loi n°46-685 du 13 avril 1946 dite Marthe Richard tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme, JORF 14 avril 1946.

¹³²⁷ Si cette loi contient des mesures pénales et répressives, diverses mesures sociales sont expressément prévues pour permettre la réinsertion des prostituées : interdiction de relations contractuelles dans l'intérêt de leur activité et création d'établissement de rééducation et de réinsertion des prostituées.

¹³²⁸ Décret n°53-1001 du 5 octobre 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique, JORF du 7 octobre 1953, p.8833

¹³²⁹ Ordonnance no 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique, JORF du 22 juin 2000, p. 9340

mots « manœuvres » et « manipulations » sont les plus fréquemment employés ce qui traduit d'ailleurs fort bien le caractère manuel de la technique¹³³⁰.

Le dictionnaire Le Grand Robert de la langue française donne la définition suivante « *Action de masser. Masser. Massage avec les mains, avec des instruments. | Manœuvres de massage : claquement, effleurage, friction, hachure, percussion, pétrissage, pincement, pression, tapotement, vibration.../ Massage thérapeutique, hygiénique ; sédatif, stimulant. / Massage abdominal, massage facial / Massage cardiaque.* » Et, preuve que le côté licencieux du massage n'est jamais très éloigné « *Massage thaïlandais : massage corps à corps pratiqué par de jeunes femmes (d'abord, en Thaïlande).* »

Autre dictionnaire, autre définition, celle-ci issue du Petit Larousse « *Action de pratiquer différentes manipulations avec les mains (presser, pétrir, pincer, etc.) sur une partie du corps.* »

Cependant, il faudra attendre 1985 pour qu'apparaisse une définition réglementaire du massage¹³³¹, l'article 1^{er} du décret n° 85-918 du 26 août 1985 énonçant « *On entend par massage toute manœuvre réalisée sur la peau, manuellement ou par l'intermédiaire d'appareillages autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodiques, mécaniques ou réflexes des tissus* ». Cette définition extensive, conforme à l'esprit du législateur de 1946 et à la lettre de la loi n° 46-857 du 30 avril de la même année, va être accueillie avec enthousiasme par la profession car en n'établissant aucune distinction entre le caractère thérapeutique ou non du massage semble renforcer l'emprise monopolistique des masseurs-kinésithérapeutes.

Deux remarques méritent d'être faites. D'emblée, les pouvoirs publics ont pris le soin de préciser que le massage est une manœuvre externe, ce qui de facto exclu le massage prostatique et le massage gynécologique, deux formes de massage qui peuvent avoir une indication thérapeutique (mais pas forcément selon la manière dont elles sont pratiquées) devant inclure une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe des tissus. D'autre part, était-il utile de préciser l'effet réflexe sur les tissus dans la mesure où, tout un chacun sait et a pu se rendre compte que le moindre massage, la moindre mobilisation manuelle a un effet réflexe. Pour s'en convaincre il suffit de constater la rougeur de la peau lorsqu'à la suite d'un traumatisme spontanément on se masse pour atténuer la douleur. Nous

¹³³⁰ Cf. Monet, p. 54-59

¹³³¹ Décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 30 août 1985 page 10032

pensons qu'il faut voir dans cette précision qui nous semble superfétatoire la volonté de couvrir elle champ d'action le plus vaste possible pour exclure les techniques de massage « orientalistes » qui à la fin des années 1990 commencent à prospérer, dispensées par des mains non professionnelles.

C. La perte implicite de l'exclusivité du massage par les masseurs-kinésithérapeutes

En 1996¹³³², la définition réglementaire va subir une modification d'apparence anodine mais qui va « à l'usage » implicitement signé la perte de l'exclusivité du massage pour les masseurs-kinésithérapeutes. En premier lieu, le massage n'est plus défini à l'article 1^{er} mais à l'article 3. En second lieu, une nouvelle notion apparaît : sa finalité « thérapeutique ou non », l'article 3 définissant désormais le massage comme « [...] toute manœuvre externe réalisée sur les tissus, **dans un but thérapeutique ou non**, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus. ». Cette précision est le fruit de la volonté des représentants professionnels de protéger « contre vents et marées » le monopole légal, apanage des masseurs-kinésithérapeutes. Une fois de plus, l'adage va « *le mieux est l'ennemi du bien* » va se confirmer. Les juridictions du premier degré, usant de leur souverain pouvoir d'appréciation, rendront des décisions défavorables aux masseurs-kinésithérapeutes en mettant en parallèle les notions de « *but thérapeutique ou non* » et « *mobilisation ou stimulation méthodique [...]* ».

Alors que le massage a perdu sa primauté d'un point de vue réglementaire et que, dans le même temps, du point de vue conventionnel les représentants professionnels ont préféré le retirer de la liste des techniques masso-kinésithérapiques officiellement cotées face à la menace exprimée par la CNAMTS de ne plus le prendre en charge et tant que technique propre et que d'un point de vue conventionnel il ne soit plus que cité au décours du texte de la convention¹³³³. Ce constat peut sembler futile, cependant il nous semble traduire une

¹³³² Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 9 octobre 1996, p. 14802

¹³³³ NGAP, restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005*. Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, titre XIV, p. 64 et s. . Modifiée par les décisions de l'UNCAM du 13 décembre 2007, 16 mars 2010 et 09 décembre 2012 pour les masseurs-kinésithérapeutes. Le massage n'est plus cité qu'au décours du texte conventionnel convention « [...] Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute [...] pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soient des manœuvres de massage, des actes de gymnastique médicale ou des techniques de physiothérapie »

évolution en la matière, signant la prise en compte par les pouvoirs publics de l'évolution de la société qui a modifié le regard porté qu'elle portait sur le massage qui n'est plus, comme cela était le cas en 1946, synonyme de luxure et de prostitution. Compte tenu du contexte, cette évolution n'est pas anodine. C'est aussi, à notre avis, la prise en compte de la volonté exprimée depuis des années par la profession de masseur-kinésithérapeute de se voir principalement reconnaître son rôle de professionnel de santé, spécialiste de la prévention, du maintien et de la restauration des capacités fonctionnelles des patients en pratiquant des actes thérapeutiques de façon manuelle ou instrumentale comme le spécifie l'article 1^{er} dudit décret. Là, encore, il nous faut souligner que le mot massage a disparu de la définition de la profession de masseur-kinésithérapeute.

Aussi, n'ont-ils pas compris et vivent-ils très mal la nouvelle rédaction de l'ancien article L.487 CSP qui au mois de juin 2000¹³³⁴, devient l'article L.4321-1 CSP ainsi rédigé « *La profession de masseur kinésithérapeute consiste habituellement à pratiquer le massage et la gymnastique médicale [...]* ». Ils vont vivre cette nouvelle rédaction comme une remise en cause de leur monopole du massage ce qu'a parfaitement traduit Alain POIRIER « *Tel un auteur au début lénifiant qui réserve ses attaques pour la fin de son texte, le législateur avance ses pions en catimini* »¹³³⁵.

Si ce texte ne relève d'aucune mauvaise intention envers la profession, comment se fait-il alors que la définition des professions médicales n'ait pas été touchée par ce vent de réforme ? À titre d'exemple, nous pouvons remarquer que l'article L. 4111-1 CSP a conservé la *formule* « *Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme [...]* ». Pour ce qui est des pédicures-podologues l'article L.4322-1 CSP a également été réformé, la formule « *Nul ne peut exercer [...]* » disparaissant au profit de « *Seuls les pédicures podologues ont qualité pour traiter [...]* » ce qui est quand même très différent de « [...]

* Depuis la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (JORF du 17 août 2004, p. 14598) les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la Liste des actes et des prestations (article L162-1-7 du code la Sécurité Sociale). La décision du 11 mars 2005 de l'UNCAM relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie (JORF du 30 mars 2005, p. 530) au moment de la mise en œuvre de la CCAM, a distingué deux parties dans cette liste. La CCAM, qui regroupe les actes techniques réalisés par les médecins décrits au Livre II et les dispositions générales et diverses s'y rapportant qui figurent au Livre I et au Livre III aux articles 1, 2 et 3 et la NGAP, qui reste en vigueur pour les actes cliniques médicaux, les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005, toutes les modifications de la Liste des actes et des prestations font l'objet de décisions UNCAM publiées au Journal officiel. Source : <http://www.ameli.fr/>

¹³³⁴ Ordonnance 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique, JORF du 22 juin 2000, p. 9340

¹³³⁵ « In cauda venenum » POIRIER Alain, Kiné actualité, 7 septembre 2000, p. 777, édition SPEK

consiste à pratiquer habituellement » Inquiets du changement introduit dans la définition de la profession de masseur kinésithérapeute les syndicats dès le 21 juillet 2000 déposèrent devant le Conseil d'État¹³³⁶ malheureusement sans succès une requête en annulation pour excès de pouvoir des nouvelles dispositions législatives, la Haute juridiction administrative ayant suivi les conclusions de la commissaire au Gouvernement Madame Pascale FOMBEUR qui avait rappelé que les dispositions du code de la santé dataient de 1953 et « [qu'] en particulier, la refonte de sa partie législative était apparue comme un préalable indispensable à la codification des textes réglementaires alors extrêmement lacunaire [...] les modifications autorisées sont donc strictement encadrées [le Gouvernement pouvant] en premier lieu introduire les différences de rédaction, donc sans toucher au fond du droit... » avant de conclure que « [...] le choix d'une formule moins comminatoire que l'ancien « nul ne peut » est dépourvu de toute incidence juridique. Que le délit d'exercice illégal de la kinésithérapie devait très probablement déjà être regardé comme un délit d'habitude [...] Or une infraction d'habitude se caractérise généralement par l'emploi, dans sa définition légale, de l'adverbe habituellement. [...] Le principe du droit constant a été respecté [...] car le droit constant ne peut en principe s'appliquer qu'au droit écrit. » Dont acte.

Si les masseurs-kinésithérapeutes restent encore aujourd'hui viscéralement, pourrions-nous dire, attachés à l'article L.487 CSP ancien c'est en raison de sa concision qui n'avait d'égal que sa clarté. Il ne souffrait aucune contestation quant à son interprétation. La rédaction de l'article L.4 321-1 CSP n'emporte pas leur adhésion car ils estiment que sa formulation, permettant toutes les interprétations, hors de celle à droit constant, les prive de l'exclusivité du massage. De surcroît, elle ne fut précédée d'aucune concertation entre les pouvoirs publics et les organisations syndicales représentatives de la profession et les apaisements ministériels n'ayant convaincu personne, comment pourrait-il en être autrement ?

Cette vision relèverait-elle d'une vision alarmiste de l'avenir ? Ce n'est pas certain car, défendant avec opiniâtreté leur pré carré, les masseurs-kinésithérapeutes initièrent de nombreuses procédures judiciaires principalement contre les esthéticiennes puis contre moult individus pratiquant le massage. Mais au fil des années la jurisprudence évolua défavorablement à leur encontre signant de manière irréversible la perte de leur ancestral monopole.

¹³³⁶ CE, n° 223361, séance du 11.12.2000 / Lecture du 29.12.2000

Paragraphe 2 Le monopole légal du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes à l'épreuve de la jurisprudence

On peut alors légitimement se poser la question de savoir qu'elle était et qu'elle est, dans une moindre mesure aujourd'hui, la motivation première des masseurs-kinésithérapeutes pouvant justifier leur obstination en interprétant de manière aussi restrictive la notion de massage. Car en l'espèce si la jurisprudence leur a été favorable dans un premier temps, au fil des années elle a évolué défavorablement à leur encontre signant de manière irréversible la perte de leur ancestral monopole.

1. La reconnaissance de l'exercice illégal du massage par la jurisprudence

D'un point de vue anecdotique nous pouvons citer le cas d'un masseur kinésithérapeute à qui il était reproché d'avoir effectué, en dehors de toute prescription médicale, des massages à visées esthétique et de confort qui fut condamné en première instance pour exercice illégal de la médecine¹³³⁷. En l'espèce, il fut relaxé par la Cour de cassation au motif que les massages effectués par un masseur-kinésithérapeute dans un but esthétique et de confort ne sont pas soumis à prescription médicale. Comme le souligne Patrick MISTRETTA¹³³⁸ « [...] elle en a déduit que dans la mesure où le but recherché par les patientes était exclusivement esthétique, sans vouloir traiter un quelconque trouble circulatoire, l'exercice illégal de la médecine n'était pas constitué [...] » Nous pouvons ajouter qu'en l'espèce la juridiction du premier degré avait ignoré les dispositions de l'article L.4321-1 CSP alinéa 3 qui dispose que « [...] Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale [...] »

Si on excepte le cas constitué par les praticiens titulaires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ou d'une autorisation d'exercice n'étant pas inscrit au tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes¹³³⁹, pris dans son sens le plus large, l'exercice illégal du massage thérapeutique ou non est constitué par toute personne qui, en infraction des articles L.4321-1, L.4321-3 et R.4321-4 CSP pratique le massage et/ou la gymnastique sans être titulaires du

¹³³⁷ Cass. crim. 18 janvier 2000, n° 99-83627

¹³³⁸ MISTRETTA Patrick, Droit pénal médical, Edition Cujas, mars 2013, p. 340

¹³³⁹ Article L.4321-10 CSP

diplôme d'état français de masseur-kinésithérapeute, délit sanctionné par l'article L.4323-4 CSP¹³⁴⁰.

Le contexte dans lequel se situe la pratique des actes de massage va pendant longtemps revêtir une grande importance en matière d'exercice illégal du massage.

¹³⁴⁰ L.4323-4 CSP « Article L4323-4 « L'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. L'exercice illégal de la profession de pédicure-podologue est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Les personnes physiques encourent également les peines complémentaires suivantes : a) L'affichage ou la diffusion de la décision prononcée, dans les conditions prévues par l'article 131-35 du code pénal ; b) La confiscation de la chose qui a servi ou était destinée à commettre l'infraction ou de la chose qui en est le produit, conformément à l'article 131-21 du code pénal ; c) L'interdiction définitive ou pour une durée de cinq ans au plus d'exercer une ou plusieurs professions régies par le présent code ou toute autre activité professionnelle ou sociale à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise, suivant les modalités prévues par l'article 131-27 du code pénal. Le fait d'exercer l'une de ces activités malgré une décision judiciaire d'interdiction définitive ou temporaire est puni des mêmes peines. Les personnes morales déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction définie au présent article encourent, outre l'amende suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal, les peines prévues par les 2° à 9° de l'article 131-39 du même code. L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 du même code porte sur une ou plusieurs professions régies par le présent code ou toute autre activité professionnelle ou sociale à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise. »

A. L'importance du contexte matériel dans lequel est pratiqué un exercice illégal du massage

Cet exercice illégal pourra être pratiqué au sein de salons de massage privés. Dans ce cas, en organisant cette pratique et en assurant la promotion de massages pratiqués par des personnes non habilitées à le faire, l'institut ou le salon employeur de ces illégaux se rend également responsable du délit d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute.

Les établissements de santé peuvent également être le théâtre d'un exercice illégal du massage¹³⁴¹. Tout infirmier, aide-soignant, ou intervenant en Activité Physique Adaptée pratiquant, à quelque titre et sous quelque forme que ce soit, un massage, un acte de rééducation ou de gymnastique médicale se rendra responsable du délit d'exercice illégal de la profession de Masseur Kinésithérapeute. À titre d'exemple, nous pouvons citer une action engagée très récemment par le CDOMK de la Haute-Vienne¹³⁴² à l'encontre d'un CHU au sein duquel un espace SPA avait été réalisé. Lors des différents échanges épistolaires entre l'institution ordinale et la direction de l'établissement hospitalier, le directeur confirma que des massages étaient pratiqués par des infirmières et des aides-soignantes. En possession d'une preuve intrinsèque de grande valeur, puisque apportée par l'adversaire, le CNOMK qui avait pris le relais du Conseil départemental mandata un huissier pour que soit remise au directeur du CHU une sommation interpellative lui signifiant le caractère illicite de son activité. La réponse formulée par ce dernier « [...] *s'étant révélée fortement troublante* [...] » le CNOMK pris la décision de différer le dépôt d'une plainte pour exercice illégal et complicité d'exercice illégal de la masso-kinésithérapie. L'établissement de santé qui, en toute connaissance de cause permettra à ses personnels de pratiquer ces techniques s'expose à être poursuivi pour exercice illégal, tant en sa qualité de complice que de coauteur. Il pourrait en être de même pour un média (presse écrite, radiophonique ou télévision) français qui faisant la promotion de cet exercice illégal pourrait voir sa responsabilité engagée pour complicité d'exercice illégal¹³⁴³.

Nous pensons que la vision qu'ont les masseurs-kinésithérapeutes de l'exercice illégal du massage a toujours été empreinte d'une certaine utopie car, contrairement au discours

¹³⁴¹ Cass. crim. 8 janvier 1987, n° 86-90.208, décision attaquée CA Aix en Provence, 24 avril 1985, Cassation avec renvoi ; Cass. crim. 17 octobre 1989, n° 88-83.867, décision attaquée CA Montpellier, 26 mai 1988, Rejet.

¹³⁴² CNOMK L'exercice illégal de la masso-kinésithérapie : bilan des actions menées par l'Ordre pour l'année 2009, circulaire n° Jur/YA/MG/n°1/10.04.09, p.2

¹³⁴³ Cass. crim. 7 mai 1985, n° 84-91-761, décision attaquée CA Metz, 15 février 1984, Rejet

traditionnellement véhiculé au sein de la profession, en la matière la jurisprudence a très tôt été partagée établissant progressivement une distinction très nette entre les massages thérapeutiques et ceux qui ne le sont pas¹³⁴⁴.

B. L'importance du contexte thérapeutique dans la reconnaissance de l'exercice illégal du massage

Le contexte dans lequel s'inscrit la pratique de gestes pouvant être qualifiés de massage va être à l'origine de décisions semblant paradoxales. Le contexte thérapeutique qui va entourer la pratique pèsera lourdement à l'heure du jugement. Ainsi si une Dame T... se présentant comme holothérapeute¹³⁴⁵ a été condamnée sévèrement¹³⁴⁶ parce que, outre le fait de proposer à ses clients une « méthode globale » consistant en des « [...]massages réflexogènes suivant certains méridiens d'acupuncture... pressions glissées sur des points précis du corps... ayant pour effet de couper la faim, tonifier les organes paresseux [...] » elle avait dans différentes publicités fait référence à la revue « TOP SANTÉ » de juin 1992 en indiquant « *publicité vérifiée par le CQMSE (Comité Qualitatif Médical Scientifique et d'Éthique)*. Les magistrats, en l'espèce, relevèrent que les « [...] massages dits effleurements tactiles réflexogènes accompagnés d'un régime alimentaire à visée d'amaigrissement présentaient le caractère d'actes thérapeutiques pratiqués par Mme T. sans diplôme [...] ». Décision similaire dans une espèce voisine¹³⁴⁷ ou un masseur « énergétique » se défendait d'avoir pratiqué des massages. Il prétendait que sa main ne touchait pas la peau. Les juges retinrent que le prévenu utilisait de l'huile de massage « [...] l'utilisation d'une huile de massage ne s'expliquant que s'il y a contact [...] » et que l'objet des massages était une relaxation sur des enfants présentant des troubles du comportement « [...] donc ayant nécessairement une visée thérapeutique, la confusion étant d'autant mieux entretenue que les massages étaient pratiqués dans un cabinet médical [...] ». Les magistrats prendront aussi en compte le contexte professionnel dans lequel les gestes pratiqués ont eu lieu. Un arrêt confirmatif du jugement de première instance nous semble à ce titre exemplaire devrait faire réfléchir les masseurs-kinésithérapeutes.

1344 Annexe n° 2 : Jurisprudence relative à l'exercice illégal du massage

¹³⁴⁵ L'holothérapie, est présentée par ses partisans comme une méthode chinoise associant la digipuncture à une formule alimentaire simple et temporaire. Source : <http://www.for-me-soins-holistiques.com/>. Cette méthode se fonde sur le principe de l'holisme, théorie selon laquelle l'homme est un tout indivisible qui ne peut pas être expliqué par ses différentes composantes (physique, physiologique, psychique) considérées séparément. (Le Grand Robert de la langue française, édition numérique, 2014)

¹³⁴⁶ TGI Limoges, Ch. correctionnelle, 5 mai 1997, confirmée par CA Limoges, 27 mai 1998

¹³⁴⁷ CAC Agen, 09 octobre 1997

En l'espèce¹³⁴⁸, dans un centre de thalassothérapie, une activité de drainage lymphatique manuelle est proposée aux masseurs kinésithérapeutes salariés de l'établissement. Ils la refusent. La directrice du centre accepte alors qu'une des infirmières, diplômée d'État, salariée de l'établissement pratique cette technique. Le syndicat départemental des masseurs kinésithérapeutes porte plainte pour exercice illégal de la profession de masseur kinésithérapeute. Tant en 1^{re} instance qu'en appel, l'exercice illégal est reconnu, les magistrats rappelant que le cadre juridique de la pratique du massage, à savoir les dispositions combinées de l'article L. 487 CSP, du décret du 26.08.1985, de l'avis de l'Académie Nationale de médecine du 15 novembre 1994 et le décret du 8 août 1996 relevant du code de la santé publique ne font pas de distinction entre massage thérapeutique ou non thérapeutique. La prévenue est condamnée... mais dispensée de peine la bonne foi de la prévenue ayant été reconnue par les magistrats. Pour fonder cette décision qui nous semble plus proche de l'équité que de l'application de la loi, les magistrats ont pris en compte que l'activité avait été proposée aux professionnels compétents pour le faire mais que ceux-ci l'avaient refusé et que la prévenue est une professionnelle de santé dont la compétence est validée par un diplôme d'État d'infirmière, ce qui minimise les risques pour la santé d'autrui, elle-même ayant suivi des stages de formation en drainage lymphatique au titre de la formation professionnelle continue... stages dispensés et encadrés par des masseurs kinésithérapeutes diplômés d'État !

Cette décision aurait dû faire réfléchir la profession et être à l'origine d'une prise de conscience de l'abandon progressif de cette technique par les masseurs-kinésithérapeutes. Quelle est l'utilité de revendiquer une technique si on la délaisse et l'enseigne à des tiers non titulaires du diplôme d'Etat ?

¹³⁴⁸ C A Angers, 12.06.2001, confirmatif de TGI, ch. correctionnelle, 15.12 2000

2. La multiplication des procédures contentieuses en la matière

De 1969 à 2005, la profession a engagé plus de trente-six procédures. Entre le premier janvier 2000 et le 31 décembre 2005, le nombre des procédures a été multiplié par trois par rapport aux huit années précédentes (sept procès entre 1992 et 2000, six en 2000 et treize en 2002). Les actions engagées l'ont été majoritairement contre des esthéticiennes (seize), des prostituées (quatre au cours du même procès), trois salles de gymnastique (3), des masseurs bien être, un coiffeur, une infirmière, une pharmacienne, un holothérapeute¹³⁴⁹, un masseur kinésithérapeute pour complicité d'exercice illégal¹³⁵⁰, une association. Les techniques de massage mises en cause seront le plus souvent la pratique du drainage lymphatique (11), l'utilisation d'appareils de palper-rouler mécanique (20) notamment de l'appareil d'endermologie mis au point par la société LPG, le Cellu M6 (17), le massage manuel dans quatre cas et le shiatsu¹³⁵¹ dans un cas.

Les esthéticiennes ayant été la cible privilégiée des masseurs-kinésithérapeutes, il nous semble intéressant d'étudier l'évolution de la jurisprudence en l'espèce.

¹³⁴⁹ Holothérapeute: individu pratiquant l'holothérapie. L'holothérapie est une méthode ayant pour objectif un rééquilibrage global de l'organisme dans ce qu'il est convenu d'appeler son métabolisme : rééquilibrage du corps et de ses énergies. L'holothérapie est dérivée de l'holisme. Holisme : (du grec *holos*, entier) théorie selon laquelle l'homme est un tout indivisible qui ne peut être expliqué par ses différentes composantes (physique, physiologique, psychique) considérées séparément. Système d'explication globale (dictionnaire « le Petit Robert », p. 1095, 1997)

¹³⁵⁰ Ce confrère avait accepté d'initier au massage des jeunes femmes chômeuses de longues durées dans le cadre d'un stage de reprise d'emploi financé par l'ANPE ! Pour son malheur, ses élèves acceptèrent la proposition de leur employeur de ne pas refuser les propositions qui pourraient leur être faites par leur clientèle exclusivement masculine ! La plainte fut initiée par les prostituées locales inquiètes de la baisse de leur chiffre d'affaire depuis l'ouverture du salon de massage !!

¹³⁵¹ Shiatsu : méthode japonaise qui consiste à exercer une pression des doigts au niveau des points d'acupuncture pour stimuler les flux d'énergie vitale et les rééquilibrer.

Paragraphe 3 *Le contentieux opposant les masseurs-kinésithérapeutes aux esthéticiennes en matière d'exercice illégal du massage*

Les juges du fond usant de leur large pouvoir et souverain pouvoir d'appréciation¹³⁵² vont, au fil des ans, ne plus seulement se fonder sur les dispositions législatives et réglementaires organisant l'exercice professionnel pour motiver leurs décisions mais élargir considérablement leurs critères d'appréciations.

1. Un contentieux à l'origine d'une définition jurisprudentielle du massage

Très tôt, les magistrats ont été amenés à définir le massage comme « [...] toute manœuvre manuelle ou mécanique mobilisant de façon méthodique les tissus ou les segments de membres pour des fins esthétique, hygiénique, sportive ou thérapeutique [...] »¹³⁵³ car ils avaient constaté que « [...] la loi ne donne aucune définition du massage précisant seulement que lorsqu'il est médical il ne peut être pratiqué que sur ordonnance médicale [...] »¹³⁵⁴.

Le premier arrêt référencé par la Cour de cassation en la matière est celui de la Chambre criminelle du 8 juillet 1970¹³⁵⁵ à qui il était demandé de se prononcer sur le pourvoi engagé par une esthéticienne contre un arrêt de la Cour d'appel de Pau du 2 décembre 1969 l'ayant reconnu coupable du délit d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute. Pour rejeter le pourvoi, la Chambre criminelle va fonder sa décision uniquement sur la réglementation en vigueur, considérant que c'est à bon droit que les juges du fond ont considéré que « [...] la pratique de tout massage se trouve légalement réglementée, le mot « massage » n'étant pas suivi du qualificatif « médical » et la réglementation de la profession visant l'usurpation du titre de masseur, accompagné ou non d'un qualificatif », les magistrats

¹³⁵² Définition de pouvoir souverain « Le Code de l'organisation judiciaire et le Code de procédure civile, délimitent le pouvoir propre à chaque juridiction et la manière dont elle est saisie et spécifie comment il est procédé. Lorsque ce pouvoir lui permet d'apprécier une circonstance de fait, qui échappe au contrôle de la Cour de Cassation : on dit alors que son pouvoir est "souverain" [...] Mais, si les juges du fond disposent d'un tel pouvoir sur la constatation matérielle des faits, en revanche, quant à leur qualification, la Cour de Cassation conserve le pouvoir de vérifier si les jugements rendus en dernier ressort et les arrêts des Cours d'appel sont motivés, et si la qualification retenue par les premiers juges est conforme à la règle de droit qui les fonde. La Dénaturation (c'est ainsi que l'on nomme une qualification inappropriée des faits) constitue selon le cas, un défaut de motif ou, un manque de base légale conduisant à l'annulation de la décision contre laquelle l'une des parties a formé un pourvoi. ». Source : BAUDO Serge, Dictionnaire du droit privé, <http://www.dictionnaire-juridique.com/>

¹³⁵³ Cass. 30 avril 1963

¹³⁵⁴ CA Pau 2 décembre 1969

¹³⁵⁵ Cass. crim. 08 juillet 1970, n° 69-94340, rejet, publié au bulletin, décision attaquée CA Pau, 2 décembre 1969

rappelant que « *Quel que soit le but recherché, le massage thérapeutique ou esthétique est toujours un massage, ce dernier s'analysant dans les deux cas en une mobilisation méthodique et mécanique des tissus, en des pressions profondes et pétrissages* ». Le contentieux portait, déjà, sur l'utilisation par la professionnelle de la beauté d'un appareil de massage, il est intéressant de remarquer pour prendre leur décision que les juges ont pris en compte le massage dans sa globalité, relevant qu'il n'y a pas lieu de distinguer de sa finalité (thérapeutique ou esthétique) en ne citant pas le massage manuel et les manœuvres superficielles.

2. La négligence coupable des masseurs-kinésithérapeutes en la matière

Dans plusieurs espèces, ce ne sont pas les premiers intéressés qui vont ester en justice mais l'Ordre des médecins ou/ et des pharmaciens qui, accessoirement, feront valoir un exercice illégal du massage.

A. Des plaintes initiées par des Ordres médicaux

En la matière, quelques années auparavant, la Chambre criminelle de la Cour de cassation avait déjà rendu un arrêt dans une espèce proche¹³⁵⁶. Il était reproché à un institut capillaire de proposer un traitement des affections cutanées du cuir chevelu comprenant un examen clinique, la vente et l'application par massages de lotions curatives. Dans cette affaire, la plainte émanait des Conseils de l'Ordre des médecins et des pharmaciens qui obtinrent de la cour d'appel de Paris¹³⁵⁷ la condamnation des prévenus pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie et la fermeture définitive dudit institut capillaire, arrêt confirmé par la Chambre criminelle de la Cour de cassation¹³⁵⁸. Depuis, la Haute juridiction judiciaire s'est, à de multiples reprises, prononcée en matière d'exercice illégal de la médecine après avoir constaté qu'en outre des massages avaient été pratiqués¹³⁵⁹. Mais n'ayant pas été saisi par une

¹³⁵⁶ Cass. crim. 24 juillet 1967, n° 66-9306, rejet, publié au bulletin

¹³⁵⁷ CA Paris, 11 juillet 1966

¹³⁵⁸ Cass. crim. 24 juillet 1967, n° 66-93026,

¹³⁵⁹ Cass. crim. 23 novembre 1967, n° 66-93770 (CA Montpellier, 21 juin 1966 « méthode d'imprégnation médiumnique ») rejet, publié au bulletin ; Cass. crim. 23 novembre 1967, n° 66-93773 (CA Colmar 18 novembre 1966 « impositions des mains »), rejet, publié au bulletin ; Cass. crim. 26 mai 1992, n° 91-84877 (CA Paris 9ème ch. A, « énuérothérapeute ») rejet ; Cass. crim. 13 mai 2003, n° 02-84037 (CA Metz 21 février 2002 « complicité exercice illégal de la médecine - massages - d'un gynécologue-obstétricien ») ; Cass. crim. 22 octobre 2002, n° 02-80384 (CA Montpellier 27 novembre 2001 « complicité d'exercice illégal de la médecine – massages – d'un masseur-kinésithérapeute retraité ») ; Cass. crim. 19 juin 2007, n° 06-85303 (CA Lyon 4ème ch. 06 juin 2006 « exercice illégal de la médecine d'un ostéopathe non professionnel de santé ») ; Cass. crim. 09

demande de reconnaissance d'exercice illégal du massage, la cour ne se prononça pas sur ce chef... Et pourtant, au sens où les masseurs-kinésithérapeutes l'entendent, il y avait bel et bien un exercice illégal du massage.

B. Un contentieux élargi à d'autres pratiques manuelles

L'exception confirmant la règle notre étude de la jurisprudence en la matière nous a permis de trouver un arrêt de la 4^{ème} chambre de la Cour d'appel de Lyon¹³⁶⁰, saisie par un appel interjeté par le ministère public, qui va déclarer un individu se présentant comme ostéopathe-psychothérapeute, accessoirement « Heilpraktiker »¹³⁶¹ coupable des délits d'agressions sexuelles sur personne particulièrement vulnérable, d'exercice illégal de la médecine et d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute, le prévenu ayant été mis en examen supplétivement pour ce dernier délit au cours de l'instruction.

Si nous évoquons ces arrêts c'est qu'ils nous semblent emblématiques de l'attitude des masseurs-kinésithérapeutes qui, en matière d'exercice illégal de leur profession, à la différence des médecins ou des pharmaciens agissant systématiquement dès qu'ils leur semblaient que leurs monopoles étaient menacés, ne s'intéressaient pas à ce type d'infraction et ne considéraient comme exerçant illégalement leur profession que les esthéticiennes.

Or la jurisprudence nous apporte la preuve que d'autres individus pratiquaient des massages sans pour autant être inquiétés par les professionnels qui en ont toujours revendiqué haut et fort le monopole. Mais peut-être qu'inconsciemment, par réminiscence à un passé pas si lointain, ne considéraient-ils pas ces individus auto qualifiés « guérisseurs », « médium », etc. comme des concurrents directs. Avec inquiétude on peut aussi se poser la question de savoir si les masseurs-kinésithérapeutes avaient à l'époque et encore aujourd'hui la volonté de lutter contre de telles pratiques. En effet, majoritairement libéral, l'exercice professionnel est essentiellement individuel favorisant les pratiques « personnelles ». Profession ayant réuni de manière légale certes mais autoritaire des professionnels venant de divers horizons, de tout temps l'immense majorité de ses membres ont employé les techniques qui leur semblaient bonnes pour leur patient, certaines n'ayant qu'un très loin rapport avec la prescription médicale à l'origine des séances de rééducation. Ce qui avait été relevé par Bernard ALBERT

décembre 2009, n° 09-83357 (CA Nîmes 24 mars 2009 « magnétiseur – guérisseur ») ; Cass. crim. 09 mars 2010, n° 09-81778 (CA Toulouse 17 février 2009 « moine shaolin »)

¹³⁶⁰ CA Lyon, 4ème chambre, 06 juin 2006, n° 05/01185, décision attaquée TGI Lyon 07 juillet 2005

¹³⁶¹ Heilpraktiker est souvent traduit en français par « praticien de santé ». Naturopathe, praticien dans le domaine de la médecine parallèle serait une traduction plus juste. Source : Dictionnaire Larousse Allemand-Français (<http://www.larousse.fr/dictionnaires/allemand-francais/>)

et Jean-Noël HEULEU en introduction de leur rapport de mission au ministre délégué à la santé et à la famille en 198¹³⁶² « [...] les médecins prescripteurs [...] se trouvent confrontés au non-respect par certains kinésithérapeutes des indications thérapeutiques [...] qui s'adonnent à toutes sortes de pratiques [...] ou de techniques ésotériques [...]. Un récent rapport a signalé ce fait¹³⁶³. Les auteurs notent que « [...] la masso-kinésithérapie est une thérapeutique aux vertus et aux limites estimées plus que démontrées [...] » et que la nécessité pour la profession d'engager une démarche de qualité des soins pour faire la démonstration de leur efficacité et de leur efficience est « [...] rarement une préoccupation pour les praticiens en exercice ». Ce qui va guider leur démarche thérapeutique est leur conception personnelle de ce qu'est un bon soin. C'est « [...] la représentation qu'ils ont de l'efficacité de tel ou tel domaine de la kinési qui les pousse en partie à s'orienter selon qu'ils recherchent des pratiques qui conduisent le plus souvent à des progrès notables, des pratiques plus incertaines mais jugées plus stimulantes intellectuellement, voire des pratiques qui visent à prendre en charge simultanément les aspects psychiques et somatiques dans une approche globale de la personne [...] ».

Dans la mesure où il n'y a pas de pratique de référence imposée, une large majorité de masseurs-kinésithérapeutes « [...] inventent leur pratique, développent au prisme de leur propre évaluation de « ce qui marche » ou pas, les protocoles qu'ils jugent les plus pertinents. Souvent, la métaphore culinaire n'est pas loin : à partir d'une liste de gestes et d'exercices possibles, le praticien fait sa sauce. »¹³⁶⁴. In fine, nous partageons totalement l'opinion des auteurs lorsqu'ils écrivent que « [...] Au total, le kinésithérapeute libéral est très libre dans le choix de ses actes, et ne rend compte à personne de sa pratique. Cette position a pour vertu de lui conférer un fort sentiment d'autonomie et d'expertise impartageable [...] »¹³⁶⁵.

¹³⁶² ALBERT Bernard, HEULEU Jean-Noël, La problématique de la profession de masseur-kinésithérapeute: rapport de mission au ministre délégué à la santé et à la famille, 1987

¹³⁶³ MATHARAN Judith, MICHEAU Julie, RIGAL Elsa, Le métier de masseur-kinésithérapeute : rapport d'étude, Analyse des professions : masseurs-kinésithérapeutes, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), septembre 2009, tome 2, p.7-8

¹³⁶⁴ cf. supra p.11

¹³⁶⁵ cf. supra p. 14

C. Une négligence coupable née d'une liberté d'exercice à l'origine de pratiques déviantes

Cette liberté d'exercice, il ne faut pas le cacher, est quelques fois à l'origine de pratiques déviantes bénéficiant au sein de la profession d'une relative bienveillance ce qui à nos yeux serait la justification du désintérêt des représentants professionnels de l'époque pour faire cesser les agissements d'individus dévoyant les techniques de massage dans des desseins parfois inavouables. De surcroît, il ne faut pas aussi oublier que pendant des décennies un nombre non négligeable de masseurs-kinésithérapeutes a pratiqué l'ostéopathie et la chiropraxie en toute illégalité !

Pendant de longues années, les magistrats de la chambre criminelle de la Cour de cassation abondèrent dans le sens des masseurs-kinésithérapeutes en condamnant les individus pratiquant le massage sans être titulaires du diplôme d'État. Les individus incriminés eurent beau leur faire valoir que « [...] *les massages sous l'eau, dont il n'est pas contesté qu'ils ont été effectués par des auxiliaires thermaux, personnel non pourvu du diplôme de kinésithérapeute [...] les textes ne donnant aucune définition précise des massages et qu'il existe une incertitude quant à la classification de telles pratiques en l'état de la réglementation [...] que rien ne permet d'assimiler aux massages pratiqués par les masseurs-kinésithérapeutes diplômés le massage sous l'eau tel qu'il est pratiqué dans les stations thermales et qui a pour but essentiellement d'user des vertus thérapeutiques de l'eau* » pour rejeter leurs pourvois les magistrats affirmaient que « [...] *le caractère illégal des massages [...] ne peut résulter d'une législation et d'une réglementation imprécises et contradictoires [...] et, sous prétexte d'obscurité de la loi [...] profiter de l'incertitude où ils se seraient trouvés* »¹³⁶⁶ et que « *la pratique de tout massage est réglementée [obligeant à] se conformer aux dispositions légales édictées par les articles L.487 et suivants du Code de la santé publique [...]* »¹³⁶⁷.

La parution des décrets de 1985 et de 1996 dits « de compétence » en définissant réglementairement avec précision le massage et la gymnastique médicale vont, en la matière, avoir une influence certaine sur la jurisprudence.

¹³⁶⁶ Cass. crim. 8 janvier 1987, n° 86-90208, cassation, décision attaquée CA Aix en Provence, 5ème chambre 24 avril 1985

¹³⁶⁷ Cass. crim. 17 octobre 1989, n° 88-83867, rejet, décision attaquée CA Montpellier, 26 mai 1988 sur renvoi Cass. crim. 8 janvier 1987, n° 86-90208

3. L'évolution du contexte jurisprudentiel en matière d'exercice illégal du massage

À compter de la parution des décrets de 1985 et de 1996 dits « de compétence » réglementant plus précisément le massage et la gymnastique médicale, ces dispositions furent associées à celles de l'article L.487 CSP puis de l'article L.4321-1 du même code pour confirmer que « [...] nul ne peut la pratique du massage, c'est-à-dire pratiquer le massage, s'il n'est muni du diplôme de masseur-kinésithérapeute [et] que l'article 3 du décret du 8 octobre 1996 détermine ainsi le domaine de compétence : « [...] on entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle, ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe des tissus »¹³⁶⁸. L'exercice illégal du massage sera également reconnu de manière implicite¹³⁶⁹ dans une affaire où un masseur-kinésithérapeute retraité alléguait qu'il remplaçait occasionnellement de manière bénévole sa fille pour assurer la continuité des massages dispensés au sein de l'institut de massage qu'elle avait créé. Pour le condamner les juges du fond retinrent que « [...] le centre de soins effectuant des actes réservés aux masseurs-kinésithérapeutes [ne pouvait] dès lors, fonctionner sans lui [...] »

A. L'amplification du contentieux avec les esthéticiennes

À la fin des années 1990, le contentieux entre les esthéticiennes et les masseurs-kinésithérapeutes va s'amplifier, portant essentiellement sur l'utilisation par ces dernières d'un appareil d'endermologie¹³⁷⁰ de haute technologie, appelé Cellu M6 permettant la pratique du palpé-roulé mécanique, conçu et commercialisé par la société LPG System.

Cette dernière après avoir, dans un premier temps, réservé l'exclusivité de la vente de cet appareil aux masseurs-kinésithérapeutes, faisant fi de la législation et de la réglementation en matière de massage le proposa aux esthéticiennes et autres centres de remises en forme qui, après s'être massivement équipés, s'emparèrent de cette technique à grand renfort de

¹³⁶⁸ Cass. com., 11 mars 2003, n° 01-13.709, cassation partielle, décision attaquée CA Poitiers, 2ème chambre civile, 22 mai 2001 ; CA Angers, 12 juin 2001, CA Versailles 5ème chambre, 23 octobre 2003, 29 janvier 2004 et 9ème chambre 21 janvier 2005

¹³⁶⁹ Cass. crim 22 octobre 2002, n° 02-80384, rejet, décision attaquée CA Montpellier 27 novembre 2001

¹³⁷⁰ La société LPG Système présente l'endermologie comme « la science de la stimulation cellulaire permettant de réactiver en profondeur l'activité cellulaire endormie par une stimulation mécanique de la peau (mécano-stimulation) indolore et non invasive », source : <http://www.lpgsystems.fr/endermologie/>

publicité. Celle-ci étant interdite aux masseurs-kinésithérapeutes conventionnés¹³⁷¹, les Caisses d'assurance maladie considérant la publicité comme « *tout procédé visant par son contenu, sa forme, sa répétition, à attirer la clientèle vers un cabinet, une société ou un établissement de soins déterminés* » il était inévitable que les contentieux se multiplient.

Alors que les juridictions du premier degré vont régulièrement abonder dans le sens des esthéticiennes¹³⁷² in fine la jurisprudence de la Haute juridiction judiciaire sera en la matière majoritairement favorable aux masseurs-kinésithérapeutes. À titre anecdotique, nous citerons un jugement du 21 décembre 1989 du TGI de Brive la Gaillarde, ville chère au grand Georges Brassens pour ses mœurs et son marché, qui jugea qu'une prostituée ne pouvait pas être reconnue coupable d'exercice illégal de la profession de masseurs-kinésithérapeutes car elle effectuait « [...] *simplement des massages à ses clients et ne leur fait pas faire des mouvements de gymnastique médicale* ». Curieuse motivation qui pour définir l'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute semble imposer deux conditions cumulatives la pratique du massage ET la réalisation de mouvements de gymnastique médicale. Les faits de l'espèce étant très particuliers et aucun appel n'ayant été interjeté on en resta là. Pour la praticienne de petite vertu, le Père Noël fut en avance de quelques jours cette année-là !

B. L'amorce d'une évolution de la jurisprudence en la matière

Pour débouter les masseurs-kinésithérapeutes de leur prétention à faire condamner pour exercice illégal de leur profession les esthéticiennes appliquant sur leurs clientes des techniques de massage, le plus souvent par le biais d'appareils de massage, les juges vont procéder par syllogisme. Leur proposition majeure va consister à définir qu'elle est la finalité de la profession de masseur-kinésithérapeute.

¹³⁷¹ Arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie, JORF du 16 mai 2007, p. 9398 Titre III : modalités d'exercice conventionnel, 3.1. Champ d'application de la convention « [...] *Sont exclus du champ d'application de la convention : l'activité des masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans des locaux commerciaux [...] Les masseurs-kinésithérapeutes placés sous le régime de la présente convention s'obligent à ne pas utiliser comme moyen de publicité*) auprès du public la prise en charge des soins de masso-kinésithérapie par les caisses d'assurance maladie. Pour donner lieu à remboursement sur la base des tarifs conventionnels, les soins dispensés doivent être effectués soit à domicile en cas de nécessité médicale, soit dans des locaux distincts de tout local commercial et sans aucune communication avec celui-ci. (*) La publicité s'entend de tout procédé visant par son contenu, sa forme, sa répétition, à attirer la clientèle vers un cabinet, une société ou un établissement de soins déterminés.*

¹³⁷² TC Versailles, 5ème chambre 23 octobre 2003 et 29 janvier 2004

C'est une profession réglementée par le décret du 8 octobre 1996 et notamment par son article 3¹³⁷³. Mais, ajoutent-ils, cette définition de la notion de massage étant particulièrement large cet article doit être interprété au regard de l'article 1^{er} dudit décret qui permet de distinguer les massages en profondeur ou au travers du derme de la peau, relevant de la compétence des masseurs-kinésithérapeutes, et les massages superficiels à caractère esthétique ou de « bien-être » pouvant être pratiqués librement par les esthéticiennes diplômées. De facto, négligeant la première partie de l'article 1^{er} du décret précité, le tribunal va juger que la profession de masseur-kinésithérapeute est réglementairement définie comme étant une activité ayant pour but de « [...] *de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer* [...] », cette finalité thérapeutique de la masso-kinésithérapie confirmant « [...], *le rôle d'auxiliaires médicaux des masseurs-kinésithérapeutes* ». Ceci étant considéré, la proposition mineure prend le soin de rappeler que les programmes de formation du CAP d'esthéticien-cosméticien¹³⁷⁴ détaillent toutes les techniques manuelles utilisées par les esthéticiennes pour le visage, et le corps et notamment le drainage lymphatique esthétique, la digito pression et les massages esthétiques spécifiques (Californien) avant de juger que les soins délivrés dans le seul but esthétique ne sauraient constituer une pratique du massage au sens de l'article L.4321-1 CSP et que l'emploi des appareils incriminés ne correspond pas à une pratique médicale mais vise à prodiguer des soins de confort qui plus est « [...] *à travers un collant intégral, de sorte qu'aucun contact physique n'existe entre l'appareil et la cliente* [...] ». De ce raisonnement syllogistique il ressort que « [...] *le monopole des masseurs-kinésithérapeutes ne pouvant se concevoir sur tous les traitements corporels dès lors que ces derniers ne sont qu'esthétiques sans visée thérapeutique et qu'il n'existe aucune confusion avec l'activité de drainage lymphatique manuel réservé aux masseurs-kinésithérapeutes* [...] Il convient au demeurant d'observer que la cellulite, certes disgracieuse ne saurait être considérée comme une pathologie, une affection justifiant un traitement médical ou de rééducation [...] ». Par conséquent il convient de relaxer les prévenues du chef d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute.

¹³⁷³ Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, article 3 « On entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus. » JORF du 9 octobre 1996, p. 14802

¹³⁷⁴ Arrêté du 29 juillet 1998 portant définition et fixant les conditions de délivrance du brevet de technicien supérieur Esthétique-cosmétique, JORF du 10 septembre 1998, p. 13801

Heureusement pour les masseurs-kinésithérapeutes, les magistrats du second degré auront une tout autre interprétation¹³⁷⁵. Se fondant sur les dispositions du décret du 8 octobre 1996 relatif à la profession de masseur-kinésithérapeute et de l'article L.4321-1 CSP, ils vont rappeler que le massage thérapeutique ou non, manuel ou mécanique et « [...] *alors même que le but recherché est purement esthétique* [...] » relève du monopole des masseurs-kinésithérapeutes et ne peut être pratiqué par les esthéticiens. L'arrêté du 29 juillet 1998 définissant le programme des études du CAP d'esthéticiens ne comportant pas le massage mais des pratiques telles que l'affleurage, le lissage ou le pétrissage et la pratique du drainage lymphatique comportant de nombreuses indications médicales, uniquement enseignées dans le cadre du diplôme de kinésithérapeute et non dans celui des diplômes d'esthéticiens, les esthéticiens seront reconnus coupables du délit d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute. Aucun pourvoi en cassation n'ayant été formulé cette décision fut revêtue de l'autorité de la chose jugée. Cependant l'obstination de certaines esthéticiennes permit aux masseurs-kinésithérapeutes d'entendre la Cour de cassation conforter la protection de leur monopole¹³⁷⁶.

Une esthéticienne « pour les besoins de son art »¹³⁷⁷ ayant acquis un appareil de type CelluM6 fut assignée par des masseurs-kinésithérapeutes lui reprochant un exercice illégal du massage. Le litige portait sur la définition du monopole des masseurs-kinésithérapeutes. En l'espèce, la Cour de cassation va rejeter le pourvoi de la professionnelle de la beauté en retenant que « [...] *L'interprétation des règlements, permise au juge judiciaire, doit rechercher le sens le plus conforme aux lois pour l'application desquels ils ont été pris. [...] La combinaison des articles L.4321-1 et L.4321-2 CSP [réservant] aux masseurs-kinésithérapeutes la pratique habituelle du massage et de la gymnastique médicale, renvoyant à un décret la définition de ces deux activités, a relevé que l'article R.4321-3 CSP, relatif au massage et pris pour la mise en œuvre des textes législatifs précités, dispose entendre par là [...] toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus* ». Les magistrats rappelant in fine que « [...] *pour la détermination de l'étendue du monopole légal de la profession de masseur-kinésithérapeute, et malgré la finalité donnée*

¹³⁷⁵ CA Versailles 9ème chambre correctionnelle, 21 janvier 2005, n° 04/00486, 04/02603

¹³⁷⁶ Cass. civ. 1, 20 mars 2007, n° 05-20546, 05-21-996, rejet (décision attaquée CA Rouen, 13 octobre 2005)

¹³⁷⁷ GUIOMARD Pascale, Combat pour la cellulite : esthéticienne contre masseur-kinésithérapeute, Civ. 1ère, 20 mars 2007, n°416F-P+B, Dalloz actualité, 19 avril 2007

à la massothérapie par l'article R.4321-1 CSP " de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer", il était indifférent, pour déterminer les limites du monopole, que la pratique du massage présentât un but thérapeutique ou esthétique».

En la matière, deux récents arrêts de la Cour d'appel de Paris, en date des 12 octobre 2010 et 15 novembre 2011¹³⁷⁸, nous semblent présenter un intérêt certain en la matière.

Il était reproché à une société commerciale de proposer des massages de détente de type thaïlandais. Le dossier ayant été soumis à l'assistant spécialisé du pôle santé du parquet de Paris, la conclusion de ce dernier nous semble riche d'enseignement. En effet ce dernier indiqua aux magistrats que « [...] sur la légalité du massage, une lecture trop "restrictive" de la loi devait conduire à poursuivre toute activité de massage, avec ou sans but thérapeutique, tout en soulignant qu'une tolérance existait de fait pour les salons de massage dits "de détente" qui s'étaient multipliés ces dernières années, et qu'il serait utile de connaître la position de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, récemment créé ». Consulté, le CNOMK après avoir fait valoir qu'aucun des cinq salariés de l'institut ne possédait les titres requis et ne remplissait les conditions pour exercer légalement la profession de masseur-kinésithérapeute confirma qu'il était indifférent, pour déterminer les limites du monopole, que la pratique présentât un but thérapeutique ou esthétique. Les prévenus ayant été relaxés en première instance au motif que « [...] le salon de massage exerçait cette activité depuis le 1^{er} juillet 2004, sans qu'aucune mise en garde ne lui ait été adressée [...] », le ministère public interjeta appel. Sur le fondement des articles L.4321-1, dans sa version en vigueur depuis le 4 mars 2002, L.4321-3 et L.4321-4 CSP, R.4321-3 CSP en vigueur depuis le 8 août 2004 la juridiction du second degré déclara coupable les prévenus du délit d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute.

Les juges du fond usant de leur large pouvoir et souverain pouvoir d'appréciation¹³⁷⁹ ne vont pas seulement se fonder sur les dispositions législatives et réglementaires réglementant

¹³⁷⁸ CA Paris, Pôle 2, 8ème chambre, 12 octobre 2010, n° 10/01134 et 15 novembre 2011, n° 11/01395 (décision antérieure TGI Paris, 31ème chambre, 08 janvier 2010)

¹³⁷⁹ Définition de pouvoir souverain « Le Code de l'organisation judiciaire et le Code de procédure civile, délimitent le pouvoir propre à chaque juridiction et la manière dont elle est saisie et spécifie comment il est procédé. Lorsque ce pouvoir lui permet d'apprécier une circonstance de fait, qui échappe au contrôle de la Cour de Cassation : on dit alors que son pouvoir est "souverain" [...] Mais, si les juges du fond disposent d'un tel pouvoir sur la constatation matérielle des faits, en revanche, quant à leur qualification, la Cour de Cassation conserve le pouvoir de vérifier si les jugements rendus en dernier ressort et les arrêts des Cours d'appel sont motivés, et si la qualification retenue par les premiers juges est conforme à la règle de droit qui les fonde. La Dénaturation (c'est ainsi que l'on nomme une qualification inappropriée des faits) constitue selon le cas, un

l'exercice professionnel pour motiver leurs décisions. Ils vont se prononcer en fonction des faits de l'espèce ce qui va leur permettre de fonder leur décision sur des critères d'appréciation beaucoup plus large que les seuls critères légaux et réglementaires ce qui va, au fil des ans, s'avérer délétère sur le monopole du massage dont se prévalent les masseurs-kinésithérapeutes.

Les magistrats pourront, en fonction des faits de l'espèce, rechercher d'autres critères et parmi ceux-ci deux sont particulièrement appréciés : leurs gestes pratiqués présentaient-ils un caractère répétitif et ont-ils été rémunérés ? Ainsi vont-ils rechercher si les gestes pratiqués étaient bien des massages au sens strict et pour cela les juges vont rechercher si les gestes pratiqués présentaient un caractère répétitif, s'ils ont été rémunérés, quelles techniques ont été employées et la localisation de ces dernières¹³⁸⁰.

Ainsi, après avoir relevé que les massages reprochés à une esthéticienne n'étaient que « [...] de simples effleurages portant seulement sur la peau du visage [...] ils ne pouvaient être considérés comme une technique de massage et que « [...] les programmes d'études pour l'obtention du CAP d'esthéticien-cosméticien, tels qu'ils découlent des arrêtés ministériels des 30 juillet 1963 et 1^{er} janvier 1977, comportent, parmi les descriptions des différentes manœuvres esthétiques faciales, les effleurages, les frictions, les pétrissages, les pincements, les vibrations [...] la Chambre criminelle de la haute juridiction judiciaire énoncera que « Ne constitue pas un massage dont la pratique est réservée aux seuls titulaires du diplôme d'État de masseur kinésithérapeute le fait pour une esthéticienne cosméticienne le fait d'effectuer sur le visage de ses clientes des actes se ramenant à un simple effleurage ayant un caractère superficiel et un objet purement esthétique » gestes ne pouvant pas être assimilés aux massages dont la pratique est réservée aux seuls titulaires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

À compter du début des années 2000, la profession va engager trois fois plus de procédures pour exercice illégal que pendant les huit années précédentes (sept procès entre 1992 et 2000, six en 2000 et treize en 2002) contre des esthéticiennes mais également contre des personnes se présentant comme des « praticiens de bien-être » ou encore « masseur-toucher », « masseur-confort ».

défaut de motif ou, un manque de base légale conduisant à l'annulation de la décision contre laquelle l'une des parties a formé un pourvoi.». Source : BAUDO Serge, Dictionnaire du droit privé, <http://www.dictionnaire-juridique.com/>

¹³⁸⁰ Cass. crim 03 juin 1980, n° 79-92805, rejet (décision attaquée CA Metz 13 juin 1979)

C. L'obstination déraisonnable des masseurs-kinésithérapeutes

Refusant de tenir compte d'une jurisprudence qui, en l'espèce, leur est de moins en moins favorable, les masseurs-kinésithérapeutes, aveuglés par leur obstination, vont quand même multiplier les procès contre les « masseur-toucher », « masseurs confort » et autres masseurs bien-être.

Ce qui était à craindre va se réaliser, le pourcentage des procès perdus par les masseurs-kinésithérapeutes qui, à cette époque était loin d'être négligeable (environ 33 %) va augmenter de manière considérable ce qui va avoir un effet délétère car chaque décision de justice défavorable aux masseurs-kinésithérapeutes sera utilisée comme une arme supplémentaire pour celles et ceux qui au 19^e siècle auraient été qualifiés « d'empiriques ». La mauvaise qualité des dossiers en est la principale cause mais aussi, et nous ne le répéterons jamais assez, le fait que ce qu'un masseur kinésithérapeute diplômé d'État considère comme un exercice illégal de la kinésithérapie ne l'est pas forcément pour les magistrats qui vont user de leur « souverain pouvoir d'appréciation » pour ne plus seulement tenir compte des textes législatifs et réglementaires mais prendre de plus en plus en considération la finalité des massages pratiqués et les conditions dans lesquelles ils ont été dispensés.

Ainsi, le syndicat départemental des masseurs-kinésithérapeutes de la Côte d'Or se tourna vers le tribunal correctionnel de Dijon ¹³⁸¹ pour qu'il déclare coupable du délit d'exercice illégal de la kinésithérapie un individu se présentant comme esthéticien corporel, utilisateur régulier d'un appareil d'endermologie Cellu M6. Après avoir souligné que si l'article L.487 CSP réserve aux seuls titulaires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute la pratique du massage ce texte n'instaure de protection qu'à l'égard de l'activité de massage sans protéger le terme lui-même, les juges du TC de Dijon relevèrent que le massage réservé aux masseurs-kinésithérapeutes est défini par l'article 3 du décret du 8 octobre 1996. À ce titre, dans le langage courant et plus spécialement dans les domaines de l'esthétique, de la beauté et du bien être le terme massage s'applique à des manœuvres très superficiels pouvant permettre l'application de produits pénétrants dans l'épiderme sans pour autant être accompagné d'une mobilisation ou une stimulation mécanique ou réflexe des tissus. In fine, l'individu fut reconnu coupable d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute. Ne se satisfaisant pas de cette décision, l'esthéticien corporel interjeta appel. Les magistrats du

¹³⁸¹ TC Dijon, 16 juin 2000, n° 2000/1715

second degré¹³⁸² après avoir énoncé que l'article 3 du décret du 8 octobre 1996 donne une définition du massage qui doit être rapprochée de l'article 1^{er} du même décret qui précise que « [...] la masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer [...] » retinrent que « [...] le massage réalisé par le CelluM6, sensé éliminer la cellulite a un effet purement esthétique et ne poursuit pas l'un des buts énumérés par ledit article [...] » réformèrent le jugement et relaxèrent le prévenu du délit qui lui était reproché.

Les revers juridiques essuyés par les masseurs-kinésithérapeutes permirent aux esthéticiennes de relancer leur combat pour obtenir la reconnaissance officielle d'une certaine forme de massage alors qu'arc-boutés sur leur conception du monopole légal du massage que la loi du 30 avril 1948 semblait a priori leur accorder l'immense majorité des masseurs-kinésithérapeutes était intimement persuadée que hors d'eux point de massages!

CHAPITRE III - LA RECONNAISSANCE DU MODELAGE A VISEE ESTHETIQUE : LA PERTE D'UN MONOPOLE

Paragraphe 1 La légitimité du combat des esthéticiennes en matière de reconnaissance des massages

La querelle entre masseurs-kinésithérapeutes et esthéticiennes se perpétua. Comment aurait-il pu en être autrement ? Pour le comprendre, il nous apparaît utile de s'arrêter un instant sur le cursus d'études des esthéticiennes car il nous semble impossible d'ignorer que dans le même temps, les esthéticiennes voyaient, elles aussi, leur formation se mettre en place et se développer avec l'apparition de nouveaux diplômes, synonymes de nouvelles qualifications, faisant de la réglementation française une des plus exigeantes au niveau de la Communauté européenne¹³⁸³.

¹³⁸² CA Dijon, 07 novembre 2002, n° 02/00812, source : <http://www.kinelegis.com/>

¹³⁸³ Assemblée nationale, Proposition de loi relative à la modernisation du métier d'esthéticienne (exposé des motifs), n° 1277, 26 novembre 2008

1. L'esthéticienne : une spécialiste diplômée des soins de beauté

L'esthéticienne est la spécialiste des soins de beauté. Elle entretient et traite l'épiderme de ses clients. Elle pratique des soins différents selon les natures de peau. Elle effectue aussi des épilations, des maquillages et a un rôle de conseil sur le choix des soins à utiliser par chacun selon son type de peau. En France, la profession est réglementée. Sa formation est sanctionnée par plusieurs diplômes délivrés sous l'autorité et le contrôle du Ministère de l'Éducation Nationale. Depuis 1996¹³⁸⁴, la loi impose que les soins esthétiques soient dispensés exclusivement par une personne qualifiée professionnellement ou sous son contrôle effectif et permanent. Le métier d'esthéticienne se décline selon différents diplômes synonymes de compétences spécifiques.

Le certificat d'aptitude professionnelle d'esthétique, cosmétique, conseil et vente, est le minimum requis pour pouvoir exercer la profession¹³⁸⁵, exercer la profession. Il donne à son possesseur le titre d'artisan. Le ou la titulaire du CAP Esthétique Cosmétique Parfumerie est un (e) professionnel (le) qualifié (e), spécialiste des techniques esthétiques, dont l'activité consiste principalement à réaliser des soins esthétiques du visage au décolleté, des mains et des pieds, des maquillages du visage et des ongles, des épilations.

C'est un diplôme de niveau V, accessible aux élèves issus des classes de troisième des collèges, de secondes et de premières des lycées après deux années d'études effectuées sous la forme d'une formation en alternance imposant un contrat de qualification. Il se décline en CAP esthétique/cosmétique - soins esthétiques-conseils-vente et CAP esthéticien-cosméticien, diplômes permettant de mettre en œuvre les diverses techniques de soins dans le but d'embellir, d'entretenir l'épiderme et de corriger ou mettre en valeur l'aspect cutané et corporel d'une personne. Le programme de formation comprend une partie théorique incluant un enseignement général, des sciences appliquées, de la technologie, de la réglementation du travail et des produits ainsi qu'un enseignement pratique consistant en des « [...] *soins esthétiques à la personne autres que médicaux et paramédicaux* [...] »¹³⁸⁶.

¹³⁸⁴ LOI no 96-603 du 5 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat, article 16-I, JORF du 6 juillet 1996, p. 10199

¹³⁸⁵ Décret n° 98-246 du 2 avril 1998 relatif à la qualification professionnelle exigée pour l'exercice des activités prévues à l'article 16 de la loi no 96-603 du 5 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat, JORF du 3 avril 1998, p. 5171

¹³⁸⁶ Loi n° 96-603 du 5 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat, article 16, JORF du 6 juillet 1996, p.10199

Les titulaires d'un CAP esthétique-cosmétique soins esthétiques-conseils-vente ou d'un CAP esthéticien-cosméticien pourront, s'ils le souhaitent, compléter leur formation en préparant un Brevet Professionnel (BP). Initialement intitulé brevet professionnel d'esthétique en 1985¹³⁸⁷, ce diplôme de niveau IV du ministère de l'Éducation Nationale atteste de l'acquisition de la plus haute qualification dans l'exercice d'une activité professionnelle à caractère industriel, artisanal, commercial, administratif ou social. En 2003, il lui a été substitué le brevet professionnel d'esthétique cosmétique - parfumerie¹³⁸⁸.

Le programme de la formation pratique est beaucoup plus conséquent que celui du CAP. Les différentes technologies enseignées concernent les « [...] *soins esthétiques pour le visage et le corps* [...] »¹³⁸⁹, c'est-à-dire l'intégralité du corps humain. Pour mieux comprendre la revendication de cette profession à pratiquer ce que les masseurs-kinésithérapeutes leur conteste, il nous semble important de détailler le contenu des différentes technologies enseignées. Les soins esthétiques du visage consistent en des techniques manuelles et l'emploi de différents matériels électriques. Les soins esthétiques spécifiques pour le corps regroupent des techniques manuelles (modelage, digitopression, presso esthétique, techniques californiennes...) dont les effets recherchés sont la relaxation, le raffermissement, la tonification, le bien-être et le confort et l'utilisation d'appareils spécifiques pour les soins esthétiques du corps (matériels électriques pour une action mécanique, thermique, physico-chimique par électro-pénétration, électrostimulation) ainsi que d'équipements spécifiques (hammam, sauna, balnéo-esthétique, appareils à émission d'ultraviolets)¹³⁹⁰. Pour pouvoir se présenter à l'unité terminale pratique, l'élève devra avoir satisfait aux deux unités de contrôle (technologique 1 & enseignement général II) et travaillé 2 ans en entreprise. Ce diplôme ne donne pas droit au titre de Maître artisan mais donne l'équivalence des trois premières unités de valeur du Brevet de Maîtrise. Il est également possible de pouvoir pratiquer cette profession en étant titulaire du baccalauréat professionnel « Esthétique/cosmétique – parfumerie », diplôme créé en 2004¹³⁹¹.

¹³⁸⁷ Arrêté du 23 juillet 2003 portant création du brevet professionnel Esthétique/cosmétique-parfumerie, JORF du 2 août 2003, p.13327.

¹³⁸⁸ Arrêté du 23 juillet 2003 portant création du brevet professionnel « esthétique/cosmétique-parfumerie », JORF du 2 août 2003, p. 13327

¹³⁸⁹ Bulletin officiel, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Baccalauréat professionnel Esthétique Cosmétique – Parfumerie, Arrêté du 13 mai 2004 et annexes, p.25

¹³⁹⁰ Bulletin officiel de l'Education Nationale, n°9, p.1382, 24 septembre 1998

¹³⁹¹ Arrêté du 13 mai 2004 portant création du baccalauréat professionnel spécialité « esthétique/cosmétique-parfumerie » et fixant ses modalités de préparation et de délivrance, JORF du 16 juin 2004, p. 10736

Le ou la titulaire du baccalauréat professionnel Esthétique/cosmétique – parfumerie est un (e) technicien (ne) hautement qualifié (e) qui est habilité (e) à exercer son métier dans un très large secteur d'activité que ce soit dans des instituts de beauté ou des centres d'esthétique spécialisé mais encore dans entreprises de fabrication, de distribution de produits cosmétiques et de matériels professionnels où au sein d'établissements de soins, de cure, de convalescence, de réadaptation, de centres ou résidences d'accueil pour personnes âgées, d'établissements de thalassothérapie, de balnéothérapie et encore en secteur indépendant que ce soit à domicile ou en milieu hospitalier, en milieu carcéral, etc. Le programme de la formation de ce baccalauréat professionnel est, en ce qui concerne les soins esthétiques, strictement le même que celui brevet professionnel Esthétique/cosmétique - parfumerie¹³⁹². Enfin, pour être exhaustif nous ne ferons que citer le brevet de technicien supérieur « métiers de l'esthétique, cosmétique, parfumerie comprenant 3 options (A : management, B : formation-marques, C : cosmétologie)¹³⁹³ qui a remplacé le BTS esthétique-cosmétologie¹³⁹⁴.

Chacun campant sur ses positions, le dialogue étant impossible, le débat se radicalisa les procédures se multiplièrent. Depuis le premier procès ayant opposé une esthéticienne à un masseur-kinésithérapeute (CA Pau, 2 décembre 1969, Cass. crim. 8 juillet 1970, n° 69-93430, rejet) jusqu'au 31 décembre 2004, toutes juridictions confondues 23 décisions (63,88 %) ont été favorables aux masseurs-kinésithérapeutes mais 13 (36,12 %) l'ont été aux esthéticiennes.

2. Le contentieux de l'exercice illégal du massage à l'origine de la reconnaissance du modelage à visée esthétique

Les parlementaires, réélections obligent, pressés par les protagonistes des deux camps, multiplièrent les questions au gouvernement relatives au monopole légal du massage par les masseurs-kinésithérapeutes. Le plus souvent pour mettre en avant les problèmes rencontrés par les masseurs-kinésithérapeutes confrontés à la dérive de certaines esthéticiennes ou aux agissements de professionnels de la remise en forme quand ce n'étaient pas les pratiques de « psychothérapeutes » autoproclamés !

¹³⁹² Bulletin officiel de l'Education Nationale, n°9, p.1382, 24 septembre 1998

¹³⁹³ Arrêté du 30 octobre 2012 portant définition et fixant les conditions de délivrance du brevet de technicien supérieur « métiers de l'esthétique-cosmétique-parfumerie », option A : management, option B : formation-marques, option C : cosmétologie, JORF du 16 novembre 2012, p. 18107

¹³⁹⁴ Arrêté du 17 septembre 1975 Création du brevet de technicien supérieur esthétique-cosmétique, JORF du 25 septembre 1975, p. 9837

A. La prise en compte parlementaire des doléances exprimées par les esthéticiennes

Les députés (et même les sénateurs comme nous le verrons) n'ont pas que des masseurs-kinésithérapeutes comme électeurs. Le secteur de l'esthétique et de la cosmétologie représente un poids non négligeable du point de vue économique que ce soit au niveau fiscal (Taxe professionnelle, Taxe sur la valeur ajoutée, etc.) et en matière d'emploi¹³⁹⁵. Les années passant, le contentieux entre masseurs-kinésithérapeutes et esthéticiennes s'amplifiant ces mêmes députés intervinrent de plus en plus fréquemment¹³⁹⁶ pour stigmatiser l'insécurité juridique des esthéticiennes, dans leur exercice professionnel quotidien, liée aux procès intentés par les masseurs kinésithérapeutes. Invariablement, le gouvernement après avoir rappelé (cf. infra) les dispositions du code de la Santé publique (article L.487 et s. puis article L.4321-1 et s.) réaffirmait le monopole légal du massage par les personnes titulaires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Ainsi, à titre d'exemple cette question écrite posée le 29 juin 2004 par le député Philippe FOLLIOT¹³⁹⁷ au ministre de la santé et qui, à elle seule, résume l'ensemble des questions posées. La réponse du ministre est invariablement identique :

¹³⁹⁵ En 2004, le secteur de l'esthétique comptait 12 657 entreprises employant 12840 salariés pour un chiffre d'affaire de 787 millions d'euros. En 2006, le nombre d'entreprises du secteur de l'esthétique avait augmenté de 11,98% (14 173), le nombre de salariés de 25% (15 000) et le chiffre d'affaire progressé de 18,42% (932 millions d'euros). Source : Confédération Nationale Artisanale des Instituts de Beauté

¹³⁹⁶ 9ème législature (1988 – 1993): 2 questions écrites, 11ème législature (1997 – 2002) : 13 questions écrites, 12ème législature (2002 - 2005) : 13 questions écrites

¹³⁹⁷ FOLLIOT Philippe (1956-), Roquecourbe), Directeur d'un organisme de financement du logement social, député UDI de la 1ère circonscription du Tarn depuis juin 2002.

12ème législature

Question N° : 42883	
de M. Folliot Philippe (Union pour la Démocratie Française - Tam)	QE
Ministère interrogé :	Santé
Ministère attributaire :	Santé
	Question publiée au JO le : 29 juin 2004 page : 4895
	Réponse publiée au JO le : 26 octobre 2004 page : 8521
Rubrique :	Professions de santé
Tête d'analyse :	Masseurs-kinésithérapeutes
Analyse :	Qualification. Réglementation
<u>Texte de la QUESTION :</u>	M. Philippe Folliot appelle l'attention de M. le ministre de la santé et de la protection sociale sur la pratique illégale du massage par des personnes ne possédant pas le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. L'exercice du massage est réglementé en France. Seuls les masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État sont autorisés à le pratiquer, que celui-ci soit à but thérapeutique ou non. Le massage n'est pas un geste anodin, sa pratique doit être encadrée et conditionnée à une formation et une compétence réelle. Or la pratique de massages dits de relaxation ou de détente corporelle par des praticiens non diplômés se généralise. À tort justifiés par l'absence de but thérapeutique, ces massages ne présentent pas les garanties de sécurité et de compétence nécessaires. Par conséquent, il lui demande de bien vouloir préciser les intentions du Gouvernement dans ce domaine, au-delà de l'actuelle répression de la pratique illégale du massage par les articles L. 4323-4 et suivants du code de la santé publique et L. 433-17 du Code pénal, pour mettre fin aux pratiques abusives du massage par des praticiens non diplômés.
<u>Texte de la RÉPONSE :</u>	Les actes de massage thérapeutique ou non thérapeutique sont réservés aux masseurs titulaires des diplômes mentionnés à l'article L. 4321-2 du code de la santé publique, conformément à l'article L. 4321-1 du même code et à l'article 3 du décret n° 96 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Par conséquent, le droit français encadre déjà cette activité et l'autorise aux seuls masseurs-kinésithérapeutes. Ainsi, les personnes, qui ne sont pas masseurs-kinésithérapeutes, ne sont pas habilitées à réaliser ces actes et sont passibles de sanctions pénales prévues à l'article L. 4323-4 du code précité.

Cependant, les esthéticiennes elles aussi faisaient intervenir les députés pour obtenir une reconnaissance de leur pratique du massage comme le démontre la question de Madame Chantal ROBIN-RODRIGO¹³⁹⁸ qui à son tour interroge le ministre de la santé le 26 octobre 2004. Comme de coutume, il est réaffirmé le monopole légal du massage par les masseurs-kinésithérapeutes. Pour l'anecdote, on remarquera que cette députée à un mauvais secrétariat dans la mesure où il est fait référence aux dispositions de l'ancien code de la santé publique !

¹³⁹⁸ ROBIN-RODRIGO Chantal (1948-), Directeur départemental crédit immobilier, Députée socialiste de la 3e circonscription des Hautes-Pyrénées (novembre 1998 - juin 2002) puis de la 2ème circonscription du même département (juin 2002 – juin 2012)

12ème législature

Question N° : 49409	
Mme Robin-Rodrigo Chantal (Socialiste — Hautes-Pyrénées)	QE
Ministère interrogé :	Santé
Ministère attributaire :	Solidarités, santé et famille
	Question publiée au JO le : 26 octobre 2004 page : 8292
	Réponse publiée au JO le : 1er février 2005 page : 1165
	Date de changement d'attribution : 29 novembre 2004
Rubrique :	Commerce et artisanat
Tête d'analyse :	Esthéticiennes
Analyse :	Exercice de la profession
<u>Texte de la QUESTION :</u>	Les difficultés que rencontrent les esthéticiennes pratiquant des massages à but esthétique avec les masseurs-kinésithérapeutes diplômés sont une réalité. L'éventuelle confusion qui peut ressortir des actes dispensés par les uns et les autres semble rendre désormais indispensable que soit réglementairement effectuée la distinction entre les activités respectives des masseurs-kinésithérapeutes et des esthéticiennes. En effet, les dispositions des articles L. 372, L. 487 et L. 570-10 du code de la santé publique définissent la profession de masseur-kinésithérapeute sans préciser toutefois les actes professionnels pratiqués. C'est pourquoi l'article 1er du décret du 28 août 1985 a apporté une précision sur ces actes de massage pratiqués à des fins médicales. De fait, il apparaît qu'aucune confusion n'est plus possible entre les massages effectués par les esthéticiennes dont le but est strictement esthétique et les massages effectués par les masseurs-kinésithérapeutes dont l'objectif est thérapeutique. Or les litiges entre ces deux professions se multiplient, l'une accusant l'autre d'exercer illégalement une profession paramédicale soumise à diplôme et contrôle. Compte tenu de cette regrettable situation, et dans le but de l'apaiser et de l'assainir, Mme Chantal Robin-Rodrigo demande à M. le ministre des solidarités, de la santé et de la famille de lui préciser les mesures urgentes qu'il entend prendre au sujet de ce dossier.
<u>Texte de la RÉPONSE :</u>	L'honorable parlementaire évoque les litiges opposant les masseurs-kinésithérapeutes et les esthéticiennes au sujet des massages que pratiquent ces professionnels, les uns à des fins thérapeutiques, les autres à des fins esthétiques. À cet égard, elle interroge le ministre des solidarités, de la santé et de la famille sur les mesures qu'il entend prendre pour permettre aux esthéticiennes de pratiquer de tels actes sans que leur soit opposé l'exercice illégal de la médecine. Aux termes de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique et du décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, pris pour son application, les actes de massage thérapeutique ou non thérapeutique sont réservés aux personnes titulaires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ou d'une autorisation d'exercice. Par ailleurs, la réglementation ci-dessus rappelée réserve aux seuls masseurs-kinésithérapeutes les actes de massage non thérapeutique, donc non prescrits par un médecin. Il n'est pas envisagé à ce jour de modifier la réglementation sur ce point.

« [...] Il n'est pas envisagé à ce jour de modifier la réglementation sur ce point [...]. » Il y a souvent loin entre les paroles et les actes. Le lobbying des esthéticiennes et la prise en compte de leur situation incitèrent les pouvoirs publics et le monde parlementaire à intervenir à la fin du mois de juin 2005 lors de la discussion du projet de loi en faveur des petites et moyennes entreprises¹³⁹⁹.

¹³⁹⁹ Projet de loi en faveur des petites et moyennes entreprises, texte n° 297 (2004-2005) de M. Christian JACOB, ministre délégué aux petites et moyennes entreprises, au commerce, à l'artisanat, aux professions libérales et à la consommation, déposé au Sénat le 13 avril 2005

B. La reconnaissance législative du modelage à visée esthétique

Déposé « en urgence déclarée » le 18 mai 2005, ce projet de loi a été examiné par les sénateurs dans la deuxième quinzaine du mois de juin 2005. Et alors qu'il est souvent reproché au Sénat et à ses membres un certain conservatisme, si ce n'est un conservatisme certain, il revient à un groupe de sénateurs d'avoir déposé un amendement qui va semer l'émotion au sein de la profession des masseurs kinésithérapeutes dans la mesure où il attaque, de manière sournoise diront certains, leur monopole légal du massage¹⁴⁰⁰ en permettant aux esthéticiennes de pouvoir pratiquer l'intégralité des techniques que la réglementation leur autorise sans risquer d'être poursuivies pour exercice illégal de la masso-kinésithérapie.

L'amendement en question vise à insérer après l'article 25 du projet de loi un article additionnel complétant le 6^e alinéa du I de l'article 16 de la loi n° 96-603 du 5 juillet 1996. Il est proposé d'ajouter après les mots « *les soins* » la mention « *esthétiques et les modelages esthétiques amincissants ou de confort* ». L'article 16 précité concerne le monopole des activités réservées aux personnes qualifiées. Parmi ces activités (8 au total) on y trouve... « *les soins esthétiques à la personne autres que médicaux et paramédicaux.* » Un autre amendement¹⁴⁰¹, beaucoup plus radical, proposera d'insérer la mention « *et les massages* » juste après les mots « *les soins* », ce qui aboutirait à la rédaction suivante « *les soins et les massages esthétiques à la personne autre que médicaux et paramédicaux* » ! Cependant, dès le début des débats, les auteurs le retirèrent pour se rallier à l'amendement précédent. Eurent-ils raison de le faire ? Nous ne le pensons pas car cette formulation aurait eu le mérite de clarifier la situation. Cela aurait également été la reconnaissance du fait que dans la société française, depuis la fin des années 1990, la pratique d'une certaine forme de massage de bien-être s'est répandue d'une manière exponentielle, pratiquée par des mains plus ou moins expertes, plus ou moins honnêtes, mais toutes intéressées. Il est vrai que la question ne concernait que les esthéticiennes. Cette vision est très réductrice mais elle est la conséquence de la guerre picrocholine opposant les détenteurs du massage médical aux praticiennes du massage hygiénique et/ou esthétique.

¹⁴⁰⁰ Amendement n° 128 rectifié quinquies présenté par MM. Poniowski, Mortemousque, Braye, Carle et Hérisson, Mme Lamure, MM. Revet, Faure, Barraux et Leroy, Mmes Troendle, Papon et Michaux-Chevry, MM. Besse, Beaumont, Texier, Murat, Vasselle et Fouché, Mme Desmarescaux, MM. Bertaud et de Richemont

¹⁴⁰¹ Amendement n° 292, présenté par messieurs Dussaut, Raoul, Courteau, Desessard et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

C. La prise en compte du massage bien-être et de confort par les parlementaires

Le dernier quart du XXe siècle a vu l'éclosion progressive mais continue d'un engouement pour les massages dispensés par de multiples personnes non diplômées s'instituant masseur-détente, masseur-toucher, masseur-confort, etc., le plus souvent en position assise dans les lieux les plus divers (entreprises, T.G.V., aires de repos d'autoroutes, halls d'embarquement dans les aéroports, stations de métros, etc.). La presse écrite et audiovisuelle a largement rapporté ce phénomène contribuant ainsi à l'amplifier de manière non négligeable. Des écoles se sont créées, des associations¹⁴⁰² et même plus récemment une fédération massage bien-être a vu le jour¹⁴⁰³.

Lors des débats¹⁴⁰⁴, les auteurs des amendements, par la voix de Madame Catherine TROEDENLE¹⁴⁰⁵ les justifiaient par la volonté de « *plaider la cause du bien-être* ». Ils exposèrent que, pour obtenir leur diplôme, les esthéticiennes étudient les différentes techniques du massage esthétique mais que malgré cela elles se voient régulièrement poursuivre par un certain nombre de masseurs-kinésithérapeutes. Après avoir rappelé que si, actuellement, la majorité des poursuites se soldaient par des relaxes, quelques-unes aboutissaient encore à des condamnations pour exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute. C'est donc pour assurer la sécurité juridique de leur exercice professionnel, tout en assurant la sécurité des consommateurs et la qualité de leurs prestations qu'il était nécessaire de préciser que les esthéticiennes devaient avoir la possibilité de pratiquer les massages dans un but exclusivement esthétique.

De la discussion qui suivit, il ressort que le rapporteur du projet de loi après avoir signalé qu'initialement tous les amendements employaient le terme de « massage » mot à connotation médicale ignorant les massages esthétiques se félicita de son remplacement par le mot « modelage ». Cette substitution permettant de lever toute ambiguïté vis-à-vis du monde médical et de permettre de savoir à qui « *les modelages esthétiques, amincissants ou de confort* » s'adressent et quelle profession est concernée.

¹⁴⁰² Association « SOUTIENT MASSAGE BIEN ETRE » (A.S.M.B.E.) déclaration déposée à la Préfecture des Yvelines, le 02.04.2002 sous le n° 0784014279

¹⁴⁰³ Fédération Française de Massage Bien Etre (FFMBE) le 12.10.2004

¹⁴⁰⁴ Sénat, Séance du 14 juin 2005

¹⁴⁰⁵ TROENDELE Catherine (1961 -), Attachée parlementaire, sénatrice UMP du Haut Rhin depuis le 1er octobre 2004.

Cependant, parmi les parlementaires, certains ne partageaient pas le même enthousiasme. Nous en voulons pour preuve l'intervention éminemment pertinente de Monsieur Jean-René LECERF¹⁴⁰⁶.

Se désolidarisant de ses collègues, après qu'il eut rappelé que le Gouvernement interrogé de manière récurrente au sujet de l'exercice illégal du massage par des personnes ne possédant pas le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute répondait de manière non moins récurrente que « *le monopole du massage conféré aux masseurs-kinésithérapeutes par la loi du 30 avril 1948 est conforme aux exigences de l'ordre public, notamment dans sa composante de santé publique* » exprima ses doutes quant à l'utilité de cet amendement qui lui semblait superfétatoire, dans la mesure où la jurisprudence reconnaissait déjà la possibilité pour les esthéticiennes de pratiquer des effleurages sur le visage pour faciliter la pénétration de produits cosmétiques et potentiellement dangereux en permettant à certains profanes de pratiquer certains massages comme ceux luttant contre la cellulite ou les jambes lourdes certes disgracieuses mais traduisant un dysfonctionnement physiologique redevable d'une prose en charge médicale. In fine, le sénateur du Nord exprima sa crainte de voir cet amendement « *[permettre] la réalisation d'un acte médical par des personnes qui n'ont pas été formées totalement pour cela.* »

Après avoir été adopté par les sénateurs le 16 juin 2005, ce projet de loi fut déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le lendemain. Lors de son examen en commission¹⁴⁰⁷, plusieurs amendements déposés par les députés vont être débattus. Le premier, déposé par Michel VERGNIER¹⁴⁰⁸ vise purement et simplement à supprimer l'article 25 quater adopté par les sénateurs le jugeant superflu fut rapidement rejeté par la commission. Ce fut également le cas du second dont l'auteur Jean Louis CHRIST¹⁴⁰⁹, s'insurgeant contre l'utilisation du terme

¹⁴⁰⁶ LECERF Jean-René, (1951 -), enseignant du supérieur, Sénateur UMP du Nord (2001-2015). Sénat, séance du 14 juin 2005 « Durant cette seule législature, au moins sept questions écrites - et je ne prétends pas être exhaustif - ont été déposées sur cette question de la pratique illégale de massages par des praticiens autres que les masseurs-kinésithérapeutes. De nombreux parlementaires de tous les groupes ont exprimé leurs inquiétudes sur ce sujet : MM. Jean-Sébastien Vialatte, Thierry Mariani, François Loncle, Francis Falala, Jean-Paul Baquet, Philippe Folliot et Mme Valérie Pécresse [...] » Le Gouvernement a systématiquement répondu que le monopole du massage conféré aux masseurs-kinésithérapeutes par la loi du 30 avril 1948 était conforme aux exigences de l'ordre public, notamment dans sa composante de santé publique. »

¹⁴⁰⁷ Assemblée nationale, Commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire, compte-rendu n° 55, Mercredi 29 juin 2005, séance de 9 heures 30.

¹⁴⁰⁸ VERGNIER Michel (1946 -), Instituteur, député socialiste de la 1ère circonscription de la Creuse depuis 1997.

¹⁴⁰⁹ CHRIST Jean Louis (1951 -), Chef d'entreprise, député UMP de la 2ème circonscription du Haut-Rhin (juin 1997-juin 2012)

modelage « *l'estimant inapproprié s'agissant de personnes humaines* », aspirait à revenir sur le terme de « modelage » introduit par le Sénat pour qualifier l'activité des esthéticiennes lui préférant une référence à des « *soins de beauté et massants, à but strictement esthétique ou de confort, autres que médicaux et paramédicaux* ». Trois amendements déposés par Patrick OLLIER¹⁴¹⁰ et de Serge POIGNANT¹⁴¹¹, un des deux rapporteurs, ont pour objectif de substituer aux mots « *modelages esthétiques amincissants ou de confort* » soit les mots « *modelages sans finalité médicale uniquement liés au confort esthétique du client* » soit « *modelages esthétiques de confort sans finalité médicale* » ou « *modelages esthétiques de confort* ». Après avoir rappelé que les sénateurs avaient rédigé l'article 25 quater en faisant état de « *modelages esthétiques amincissants ou de confort* » afin de permettre aux esthéticiennes de faire des massages n'entrant pas dans un contexte médical, seuls les masseurs-kinésithérapeutes étant habilités à faire des massages à vocation médicale, il estime que cette disposition n'a pas de sens dans la mesure où la notion de « *modelage amincissant* » a, à ses yeux, un impact médical. Étant partisan d'une disposition autorisant les esthéticiennes à ne pratiquer que des massages n'entrant pas dans un contexte médical mais se refusant à utiliser le terme « massage », il plaide en faveur de l'adoption de son 2e amendement reprenant les termes de « *modelages esthétiques de confort sans finalité médicale* ». Les travaux de la commission se concentrèrent sur cette proposition visant à reformuler l'article 25 quater. Jean Paul CHARRIE¹⁴¹² tentera de faire valoir la nécessité de disposer des définitions juridiques et techniques respectives du modelage et du massage. Ses collègues lui objecteront que, s'il était envisageable de remplacer le terme de modelage par celui de massage, il convenait cependant de garder le terme de modelage, l'utilisation de celui de massage risquant de poser problème vis-à-vis de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes et qu'il semblait nécessaire de prendre contact avec les professions concernées pour recueillir leur avis.

À l'issue de la discussion, les députés abondèrent dans le sens du rapporteur, soulignant la nécessité de faire la différence, d'une part de faire entre les activités des esthéticiennes et des masseurs kinésithérapeutes et d'autre part de sécuriser la situation des esthéticiennes. La

¹⁴¹⁰ OLLIER Patrick (1944 -), professeur d'économie, Député UMP de la 2ème circonscription des Hautes-Alpes (juin 1998 – juin 2002) puis de la 7ème circonscription des Hauts de Seine depuis juin 2002, Président de l'Assemblée Nationale (mars à juin 2007).

¹⁴¹¹ POIGNANT Serge (1947 -), attaché de recherche au CNRS, député UMP de la 10ème circonscription de Loire Atlantique (juin 1993 – juin 2012)

¹⁴¹² CHARRIE Jean Paul (1952 - 2009), Directeur-gérant de société de presse, député RPR puis UMP du Loiret (juin 1981 – novembre 2009)

Commission opta pour le 2^e amendement de Patrick OLLIER et de Serge POIGNANT reprenant les termes « *modelages esthétiques de confort sans finalité médicale* » puis adopta l'article 25 quater ainsi modifié.

Lors de son examen en séance publique, il sera vainement proposé de supprimer cette disposition au motif qu'elle serait plus à sa place dans le PLFSS¹⁴¹³, Patrick OLLIER, Président de la commission des affaires économiques de l'Assemblée nationale, ayant déclaré lors des travaux en commission qu'il était temps de mettre un terme au conflit qui oppose les deux professions et « *dissiper toute incertitude juridique* ».



In fine la formule retenue sera « *modelages esthétiques de confort sans finalité médicale* » pour, aux dires des députés, bien séparer le champ des masseurs kinésithérapeutes de celui des esthéticiens et ne pas « [...] laisser au juge le soin d'apprécier seul ce qu'est un « *modelage esthétique de confort sans finalité médicale* »¹⁴¹⁴ ». Le modelage à visée esthétique fut officialisé par l'article 38 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005¹⁴¹⁵ ainsi rédigé « *Le sixième alinéa du I de l'article 16 de la loi n° 96-603 du 5 juillet 1996 relative au développement et à la*

¹⁴¹³ GAUBERT Jean (1947 -), agriculteur-éleveur, député socialiste de la 2^{ème} circonscription des Côtes d'Armor. Amendement n° 286, Assemblée nationale, Session extraordinaire de 2004-2005 - 3^{ème} jour de séance, 8^{ème} séance, 3^{ème} séance du mercredi 6 juillet 2005

¹⁴¹⁴ MALLIE Richard (1946-), docteur en chirurgie dentaire, député UMP de la 10^{ème} circonscription des Bouches-du-Rhône (2002-2012), Assemblée nationale, Session extraordinaire de 2004-2005 - 3^{ème} jour de séance, 8^{ème} séance, 3^{ème} séance du mercredi 6 juillet 2005

¹⁴¹⁵ Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, JORF du 3 août 2005, p. 12639

promotion du commerce et de l'artisanat est complété par les mots : « et les modelages esthétiques de confort sans finalité médicale ». L'adoption de cet amendement ne passa pas inaperçu et eut les honneurs (?) de la presse écrite nationale¹⁴¹⁶ (cf. infra).

3. La reconnaissance de la pratique du modelage par les esthéticiennes

La reconnaissance de la pratique du modelage par les esthéticiennes va avoir pour conséquence de lever l'hypocrisie rédactionnelle du programme des études des différents diplômes d'esthéticiens.

A. L'officialisation du modelage : la reconnaissance d'une situation de fait

Jusqu'en 2005, à aucun moment, les différents textes ou documents officiels relatifs aux techniques d'esthétique ne contenaient des termes pouvant être assimilés à des techniques de massages appartenant au domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes.

Il était seulement écrit que « [...] *L'esthéticien (ne) titulaire du CAP devra être capable de mettre en œuvre les diverses techniques de soins dans le but d'embellir, d'entretenir l'épiderme et de corriger ou mettre en valeur l'aspect cutané et corporel d'une personne [...]* »¹⁴¹⁷. À compter de la publication de la loi du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises¹⁴¹⁸, la nouvelle rédaction du sixième alinéa du I de l'article 16 de la loi n° 93-603 du 5 juillet 1996 « [...] *Quels que soient le statut juridique et les caractéristiques de l'entreprise, ne peuvent être exercées que par une personne qualifiée professionnellement ou sous le contrôle effectif et permanent de celle-ci les activités suivantes [...] les soins esthétiques à la personne autres que médicaux et paramédicaux et les modelages esthétiques de confort sans finalité médicale [...]* » va permettre de modifier le référentiel des techniques esthétiques. De généraliste, elle va devenir beaucoup plus précise, toute hypocrisie ayant disparu pourrions-nous écrire !

Au lieu d'indiquer, comme nous l'avons évoqué supra, que l'esthéticien (ne) devra être capable de mettre en œuvre « [...] *les diverses techniques de soins dans le but d'embellir, d'entretenir l'épiderme et de corriger ou mettre en valeur l'aspect cutané et corporel d'une*

¹⁴¹⁶ France Soir, 16 juin 2005

¹⁴¹⁷ Arrêté du 13 décembre 1990 portant création du certificat d'aptitude professionnelle Esthétique-cosmétique: Soins esthétiques-conseils-vente, JORF du 21 décembre 1990, p. 15733

¹⁴¹⁸ Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, article 38, JORF du 3 août 2005, p. 12639

personne [...] » et que, selon le diplôme obtenu, ces soins seront limités au visage, cou, décolleté et cuir chevelu (CAP) ou étendu à l'intégralité du corps humain (BP, Baccalauréat professionnel, BTS), désormais il est fait référence à « [...] un apprentissage des techniques esthétiques mettant en œuvre des techniques manuelles relevant du modelage (visage, cou, décolleté, cuir chevelu) et des appareils utilisés à des fins esthétiques. ». Le référentiel de compétences du CAP précisant que les soins cutanés pouvant être dispensés consistent en des « [...] techniques de modelage composées d'effleurages, pressions, pincements, pétrissages, foulages lissages, battages, manœuvres drainantes esthétiques... ». Les titulaires du baccalauréat professionnel, du brevet professionnel et du brevet de technicien supérieur ont la maîtrise d'un nombre beaucoup plus important de techniques manuelles : « soins esthétiques du visage : techniques manuelles et matériels électriques pour une action mécanique, thermique, physico-chimique, électro-stimulante, matériels émetteurs d'ondes acoustiques ; soins esthétiques spécifiques pour le corps : techniques manuelles (modelage, digitopression, pressoesthétique, techniques californiennes...) et effets recherchés : relaxant, raffermissant, tonifiant, bien-être, confort ; matériels spécifiques pour soins esthétiques du corps : matériels électriques pour une action mécanique, thermique, physico-chimique (électro-pénétration), électrostimulation [...] émetteurs d'ondes acoustiques. » Cependant, il nous semble intéressant de souligner que le terme « modelage » figurait déjà depuis 2004 en bonne place dans différents documents ministériels¹⁴¹⁹.

Saisi par le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie d'une demande d'avis sur le projet de décret portant modification de la qualification professionnelle des esthéticiennes¹⁴²⁰, le Conseil de la concurrence¹⁴²¹, dans un premier temps va rappeler les conditions du monopole des masseurs-kinésithérapeutes pour les actes de massage. Se fondant sur l'article L.4321-1 CSP et le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à

¹⁴¹⁹ Bulletin officiel CAP Esthétique Cosmétique, Ministère de la Jeunesse, de l'Education Nationale et de la Recherche, coll. Horaires/objectifs/programmes/instructions, 2004, p.41 et 69 ; Référentiel Esthétique Cosmétique Parfumerie – CAP, Ministère de l'Education Nationale, Direction générale de l'enseignement scolaire, Service des enseignements et des formations, Sous-direction des formations professionnelles, Bureau de la réglementation des diplômes professionnels, DGESCO A2-2, 2004, p.52

¹⁴²⁰ Lettre de saisine du Conseil de la Concurrence par le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie du 5 mars 2007 (enregistrée le même jour sous le numéro 07/0015). Demande d'avis sur un projet de décret portant modification du décret n° 98-246 du 2 avril 1998, relatif à la qualification professionnelle exigée pour l'exercice d'activités prévues à l'article 16 de la loi n° 96-603 du 16 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat

¹⁴²¹ Conseil de la concurrence, Avis n° 07-A-02 du 16 mars 2007 relatif au projet de décret portant modification du décret n° 98-246 du 2 avril 1998 relatif à la qualification professionnelle exigée pour l'exercice d'activités prévues à l'article 16 de la loi n° 96-603 du 16 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat, en ce qui concerne l'activité de modelage esthétique de confort sans finalité médicale

l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, codifié à l'article R.4321-3 CSP, les sages du Conseil de la concurrence après avoir reconnu que les masseurs-kinésithérapeutes détiennent un monopole des masseurs-kinésithérapeutes sur les actes de massage « [...] *même si ceux-ci n'ont pas un but thérapeutique* » vont succinctement rappeler le contexte judiciaire qui oppose ceux-ci aux esthéticiennes et souligné que « [...] *le juge a été amené à s'interroger sur les pratiques qui relevaient des actes de massages* ». In fine, citant un arrêt de rejet du 3 juin 1980 de la Chambre criminelle de la Cour de cassation¹⁴²², ils exposent que les magistrats de la Chambre criminelle de la Haute juridiction judiciaire pour rejeter le pourvoi sollicitant la cassation de l'arrêt de la Cour d'appel de Metz¹⁴²³ ayant relaxé une esthéticienne du chef d'exercice illégal de la profession de masseur énoncèrent que « [...] *les programmes d'études pour l'obtention du certificat d'aptitude professionnelle d'esthéticien-cosméticien, tels qu'ils découlaient des arrêtés ministériels des 30 juillet 1963 et 1er janvier 1977, comportaient, parmi les descriptions des différentes manœuvres esthétiques faciales, les effleurages, les frictions, les pétrissages, les pincements et les vibrations* » et que les gestes reprochés à la prévenue consistaient en des modelages du visage, actes superficiels, consistant en de simples effleurages dont l'objet était purement esthétique ne pouvant en aucun cas être assimilés à des massages « [...] *dont la pratique est réservée aux seuls titulaires du diplôme de masseur-kinésithérapeute* ».

Avant d'aller plus loin, il nous semble important de remarquer que ce n'est certainement pas par hasard que le Conseil de la concurrence cite cet arrêt, vieux de plus d'un quart de siècle, dans lequel le terme modelage est (à notre connaissance) employé pour la première fois pour qualifier des massages non thérapeutiques. Cet emploi ne sera pas sans conséquence, comme nous allons le voir.

Dans sa deuxième partie, l'avis énonce que l'article 16 de la loi du 5 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat¹⁴²⁴ a instauré une exigence de

¹⁴²² Cass. Crim., 03 juin 1980, n° 79-92.805, Publié au bulletin

¹⁴²³ C.A. Metz (Ch. corr.), 13 juin 1979

¹⁴²⁴ Loi no 96-603 du 5 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat, article 16 « - I. - *Quels que soient le statut juridique et les caractéristiques de l'entreprise, ne peuvent être exercées que par une personne qualifiée professionnellement ou sous le contrôle effectif et permanent de celle-ci les activités suivantes [...]* - les soins esthétiques à la personne autres que médicaux et paramédicaux [...] - II. - *Pour chaque activité visée au I, un décret en Conseil d'Etat pris après avis du Conseil de la concurrence, de la Commission de la sécurité des consommateurs, de l'assemblée des chambres françaises de commerce et d'industrie, de l'assemblée permanente des chambres de métiers et des organisations professionnelles représentatives détermine, en fonction de la complexité de l'activité et des risques qu'elle peut présenter pour la sécurité ou la santé des personnes, les diplômes, les titres homologués ou la durée et les modalités de validation de l'expérience professionnelle qui justifient de la qualification. Toutefois, toute personne qui, à la date de*

qualification professionnelle pour l'exercice de certaines activités professionnelles, jusqu'alors non réglementées, comme c'est le cas pour les soins esthétiques à la personne autres que médicaux et paramédicaux et que l'article 38 de la loi du 2 août 2005 a modifié cet article en ajoutant à l'activité des soins esthétiques les modelages esthétiques de confort sans finalité médicale, le terme modelage ayant été choisi dans la mesure où la Cour de cassation a admis ces actes comme pouvant être effectués par des esthéticiennes sans constituer un exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute. Pour conclure son avis, le Conseil de la concurrence cite in extenso la réponse faite par le ministre des petites et moyennes entreprises, du commerce, de l'artisanat et des professions libérales à la question d'un député lui demandant en substance quelles mesures il comptait prendre pour mettre en œuvre l'engagement qu'il avait pris de favoriser une concertation entre les kinésithérapeutes et les esthéticiennes afin de définir ensemble un code de bonne conduite.

La réponse du ministre est un modèle de réponse... politicienne ! Après avoir rappelé qu'en égard à la pratique du massage « [...] *question délicate qui partage ces professionnels* », la définition des compétences respectives des masseurs-kinésithérapeutes et des esthéticiennes est devenue une nécessité depuis que la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises permet de pratiquer des massages, à finalité purement esthétique, qualifiés de modelages « [...] *ce terme ne posant pas de difficulté vis-à-vis de l'activité des masseurs kinésithérapeutes* [...] Cette disposition paraît de nature à sécuriser la situation des esthéticiennes tout en assurant la sécurité et la qualité nécessaires aux consommateurs [...] ».

In fine, le ministre ne craindra pas d'affirmer que cette disposition sera de nature « [...] *à protéger les membres de cette profession contre les personnes non formées qui voudraient occuper le marché du modelage* ». Quant à encourager une concertation entre les deux professions le ministre laisse à ceux-ci la possibilité de le faire¹⁴²⁵.... Une fois encore, il y a loin de la parole aux actes.

publication de la présente loi, exerce effectivement l'activité en cause en qualité de salarié ou pour son propre compte est réputée justifier de la qualification requise. », JORF du 6 juillet 199, p. 10199

¹⁴²⁵ « [...] les acteurs concernés peuvent se concerter pour élaborer un code de bonne conduite entre les professions d'esthéticienne et de masseurs-kinésithérapeutes. »

B. In fine une définition consensuelle du modelage à visée esthétique

Ce faisant les deux professions engageront des discussions pour rédiger une définition consensuelle du « modelage » qui permette de mettre fin à « toute confusion » entre les pratiques de ces deux professions¹⁴²⁶. Le protocole officialisant cette définition fut signé par les représentants professionnels le 28 septembre 2009 lors d'une réunion ayant eu lieu au ministère chargé de la santé. L'article 48 de la loi relative aux réseaux consulaires, au commerce, à l'artisanat et aux services¹⁴²⁷ compléta le 6^{ème} sixième alinéa du I de l'article 16 de la loi n° 96-603 du 5 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat en y ajoutant les deux phrases suivantes « *On entend par modelage toute manœuvre superficielle externe réalisée sur la peau du visage et du corps humain dans un but exclusivement esthétique et de confort, à l'exclusion de toute finalité médicale et thérapeutique. Cette manœuvre peut être soit manuelle, éventuellement pour assurer la pénétration d'un produit cosmétique, soit facilitée par un appareil à visée esthétique[...]* ».

Ainsi, le modelage serait aux esthéticiennes ce que le massage est aux masseurs-kinésithérapeutes ! Mais « modelage » est-il vraiment un synonyme de massage ? Nous avons évoqué supra l'opposition manifestée par Monsieur Jean Louis CHRIST, député UMP du Haut-Rhin qui réfutait l'emploi du mot modelage « *l'estimant inapproprié s'agissant de personnes humaines* ». Nous pouvons effectivement partager cette opinion si on se réfère au sens premier¹⁴²⁸ de modelage, nom masculin, apparu 1834, issu du verbe transitif modeler. Alain Rey nous apprend que, dès le XVI^e siècle *modèle* a donné le dénominatif **modeler** (1585, *modeler* sur) « rendre semblable à » d'où concrètement « façonner une substance molle » (1600) et en peinture « rendre le relief des figures » sens à partir duquel s'est développé, sur un plan abstrait, celui de « déterminer la forme, la nature de quelque chose » (1765). L'usage de la forme pronominal étant attesté depuis 1764 pour « prendre modèle sur quelqu'un ». Modeler a produit à son tour **modeleur** (1598) nom masculin et terme didactique de sculpture qui, à partir de 1845, est relatif à la fabrication technique.

Son participe passé **modelé** a été substantivé comme terme d'arts (1822). Par analogie, il est passé dans l'usage commun, et spécialement en géologie où il désigne la configuration du relief (1868, Littré). Modelage est donc un terme qui était utilisé jusqu'alors en matières

¹⁴²⁶ CNOMK, circulaire définition du modelage du 27 juillet 2010

¹⁴²⁷ Loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce, à l'artisanat et aux services, article 48, JORF du 24 juillet 2010, p. 13650

¹⁴²⁸ Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain REY, Le Robert, avril 2012

artistiques ou techniques. Son emploi pour qualifier des soins destinés à la personne peut, effectivement, apparaître comme choquant voire inconvenant pour un défenseur de la langue française. Avec un peu d'humour, on pourrait objecter qu'en « modelant » leurs clients les esthéticiennes, sans le savoir, respectent le sens que le mot avait dès le XVI^e siècle, c'est-à-dire déterminer la forme (de la silhouette) en « façonnant une substance molle (la peau)... pour tenter de réparer l'outrage du temps sur le corps alors que « [...] *les massages ne suffisent plus à réprimer l'envahissement de la graisse, celles qui ont gardé si longtemps l'apparence de la jeunesse deviennent pires qu'étaient, au même âge, leurs grands-mères* »¹⁴²⁹.

Car ne nous y trompons pas. Le champ sémantique du massage et du modelage est le même. « *Chassez le naturel, il revient au galop* »¹⁴³⁰. Enterré le massage ? Que nenni ! Pour s'en convaincre il suffit, en consultant le site Internet de l'Assemblée nationale à la page de présentation du projet de loi précité, de consulter le texte inséré en annexe à la rubrique « principales dispositions du texte » qui précise « Article 25 quater : Pratique autorisée des massages, dits modelages, à but esthétique par les esthéticiennes. »

C. Modelage synonyme de massage: l'hypocrisie du monde politique en la matière

Modelage est synonyme de massage ! Quelle hypocrisie de la part du monde politique qui n'a pas eu le courage de prendre une décision clarifiant définitivement la situation et réglant ainsi le conflit du massage qui opposait les masseurs-kinésithérapeutes aux esthéticiennes depuis plusieurs décennies. On peut expliquer cette attitude par la volonté politique de ne pas prendre parti pour l'un ou pour l'autre camp, de sécuriser l'exercice professionnel des esthéticiennes sans briser le monopole légal du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes. Une autre explication peut être avancée, malheureusement sans pouvoir être étayé par un quelconque document. Étant depuis le début des années 1980 élu du syndicat FFMKR 34 puis élu ordinal,

¹⁴²⁹ CARREL Alexis, *l'Homme*, cet inconnu, Plon, 1999, p. 212.

¹⁴³⁰ NERICAULT Philippe dit Destouches (1680 – 1754), comédien et auteur dramatique français. il doit sa postérité littéraire à quelques-uns de ses vers comme celui-ci « *Chassez le naturel, il revient au galop.* » qu'on trouve dans la pièce de théâtre *Le Glorieux* à l'acte III, scène 5. En fait, comme cela est confirmé dans le dictionnaire GAFFIOT français-latin 1934 (définition de *recurre*) cette expression est une traduction d'un vers d'Horace, Ep. 1, 10, 24 : « *naturam expelles furca, tamen usque recurret* » [tu peux chasser le naturel à coups de fourche, il reviendra toujours au galop], source : http://fr.wikipedia.org/wiki/Philippe_N%C3%A9ricault_Destouches#cite_note-2

dès l'origine de cette institution, nous avons, à notre niveau, pris une part très active à la vie syndicale et ordinaire.

Ce faisant, nous avons été un témoin attentif des revendications professionnelles. La vérité est qu'à un haut niveau de représentation professionnelle la perte du monopole du massage par la profession a été précocement constatée mais politique syndicale oblige jamais officiellement reconnue. La prise de conscience par un grand nombre de consœurs et de confrères de cet état de fait, l'élément catalyseur ont été les deux procès perdus par la FFMKR en 2002 et 2003 et sa condamnation à payer une amende et de très importants dommages et intérêts, les juges de première instance ayant reconnu le délit de dénonciation calomnieuse allégué par les masseurs bien-être de l'aire de repos de Jugy et leur mentor. À partir de là, il a été plus ou moins implicitement (plutôt plus que moins d'ailleurs) décidé de se servir de la question du massage comme d'une monnaie d'échange avec les pouvoirs publics. Les masseurs-kinésithérapeutes acceptant d'abandonner le monopole du massage en échange d'une quatrième année d'étude. À cette heure, en pratique, ce projet est resté vain.

L'officialisation du modelage en brisant l'exception française que représentait le monopole du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes a induit un mouvement de libéralisation de cette pratique permettant à tout un chacun (e) de masser en toute liberté.

En se référant à « [...] un temps que les moins de vingt ne peuvent pas connaître ¹⁴³¹ » on peut comparer ce phénomène à celui des radios dites « libres » qui, à l'orée des années 1970, envahirent les fréquences hertziennes de la modulation de fréquence, émettant clandestinement en revendiquant la liberté d'expression et la fin du monopole de l'état en matière de radio et de télévision. L'arrivée de la Gauche au pouvoir en 1981 ayant entraîné une multiplication exponentielle de ces radios, le brouillage des émetteurs devint rapidement impossible ce qui eut pour conséquence de contraindre les pouvoirs publics à légaliser leur existence en les assujettissant au contrôle de la Haute Autorité de la communication audiovisuelle¹⁴³², ancêtre de l'actuel Conseil supérieur de l'Audiovisuel. Il en est de même en matière de massage, N'ayant eu comme seule volonté de sécuriser l'exercice professionnel des esthéticiennes, le législateur n'a pas cru bon d'aller plus avant, ouvrant ainsi un très large espace de liberté dans lequel ne manquèrent pas de s'engouffrer une multitude de néo-masseurs d'appellation non contrôlée.

¹⁴³¹ « La bohème », interprète Charles Aznavour, auteurs-compositeurs Charles Aznavour & Pascal Plante, 1965

¹⁴³² Loi n° 82-652 du 29 juillet 1982 sur la communication audiovisuelle, chapitre II, articles 12 à 26, JORF du 30 juillet 1982, p. 2431

Force est de constater que, contrairement à ce qu'affirmait le ministre, le terme modelage a également bénéficié à toutes celles et à tous ceux qui « *non formés* » se sont institués praticiens du bien-être s'adonnent sans vergogne le massage-modelage sans être esthéticiens ni masseurs-kinésithérapeutes et qui vont reprendre à leur compte la dichotomie « massage/modelage ».

α. La revendication du massage bien-être et de confort par tout un chacun

Tout à leur confrontation frontale, les deux professions ne s'aperçurent pas que d'autres mains étaient en train « d'investir la place ». Curieusement, alors qu'on aurait pu penser qu'ayant « enterré la hache de guerre » les deux professions réglementées s'uniraient pour lutter contre ces nouveaux « illégaux », il n'en fut rien. Ce qui permit à ces derniers de revendiquer ouvertement le « *massage bien-être* » ou le « *massage — confort* » en toute tranquillité, à défaut d'être dans la légalité, d'autant plus qu'à compter du début des années 2000 la jurisprudence leur donna l'absolution en prenant essentiellement en compte les conditions et l'environnement dans lesquels les massages ont été réalisés. À ce titre la saga judiciaire ayant opposé les masseurs-bien-être de l'aire de repos de Jugy à la FFMKR est emblématique car c'est l'exemple type du dossier de mauvaise qualité et de l'action judiciaire qui n'aurait jamais dû être engagée.

Le 31 juillet 1999, sur l'aire de repos de JUGY sise sur l'autoroute A6 dans le département de la Côte d'Or, trois « praticiennes de bien être », formées aux techniques du massage éponyme par Joël Savatofski¹⁴³³ un masseur-kinésithérapeute, honni par la profession pour avoir créé une école de « toucher-massage » ouverte à tous les adeptes de la libéralisation du massage que ce soit dans le cercle familial mais également hors de celui-ci, proposèrent et pratiquèrent avec un certain succès sur des automobilistes en partance pour les congés estivaux des massages dans le but de les détendre pendant leur pause de repos. Le syndicat des masseurs-

¹⁴³³ Joël Savatofski, a obtenu son diplôme d'Etat Diplômé d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute en 1969. Après avoir complété son cursus professionnel en poursuivant des études de psychologie et de Science de l'éducation et en se formant à la réflexologie, à la relaxation psychosomatique, aux techniques orientales (shiatsu, taï-chi-chuan, etc.) se spécialiser. Il va se détourner de la kinésithérapie traditionnelle en développant des techniques de massage empruntées des principes de la bioénergie, de la communication non verbale, de l'analyse transactionnelle, etc. . Son initiation au massage californien en 1979 va être pour lui une véritable révolution qui lui fait découvrir les vraies valeurs du toucher, du massage, de la prise en charge globale de la personne et le motive à se lancer dans le domaine du bien-être. En 1986, il crée l'école européenne de toucher-massage, qui propose pour tout public un grand choix de stages et formations certifiantes en massage bien-être. Lorsqu'on consulte le site Internet de cette école, il est écrit que « *Pour les soignants, les formations en Toucher-massage® apportent les outils relationnels et une méthode non-médicamenteuse efficace pour soulager la douleur* ». Cette école dispose de plusieurs sites de formation (Paris, Dijon, Lyon, Nantes, Rennes, Lille, Bordeaux, Montélimar, Toulouse, Genève, Pointe-à-Pitre). Source : <http://www.ifjs.fr/>

kinésithérapeutes du département de la Côte d'Or et la FFMKR ayant été informé de la chose assignèrent ces dames en exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute.

En première instance¹⁴³⁴, pour prononcer la relaxe des trois prévenues les magistrats, après avoir rappelé que la nouvelle formulation de la définition de la profession de masseur-kinésithérapeute issue de la réforme de la codification du CSP ayant remplacé l'article L.487 CSP par L.4321-1 CSP n'avait comme l'indique l'arrêt du Conseil d'État du 11 décembre 2000 « [...] *ni pour objet ni pour effet de modifier l'état du droit relatif aux conditions de l'exercice de la profession et à la répression de son exercice illégal* [...] » et que l'article 3 du décret du 8 octobre 1996¹⁴³⁵ définissait précisément les massages dont le monopole est réservé aux masseurs-kinésithérapeutes jugèrent qu'en l'espèce « [...] *il ne fait aucun doute que les gestes pratiqués par les intéressés, sur les automobilistes de passage, alors que ceux-ci restaient habillés et qui consistaient en des effleurages, touchers et pressions légères dans le seul but de les détendre quelques minutes, ne sauraient être assimilés aux massages dont la pratique est réservé aux seuls titulaires du diplôme de masseur kinésithérapeute* [...] »

L'analyse de cette décision permet de faire ressortir plusieurs éléments qui nous semblent importants pour comprendre l'évolution de la jurisprudence en la matière.

β. Massage et massages : Une distinction née de la jurisprudence

En premier lieu, alors que les masseurs-kinésithérapeutes ne parlent que « du massage » au singulier, mot qui pour eux s'applique et recouvre toutes les formes de massage, les magistrats prennent bien soin d'employer le mot dans sa forme plurielle écrivant « les massages ». En second lieu, s'ils reconnaissent que la profession de masseur-kinésithérapeute bénéficie du monopole des massages tels qu'ils sont définis réglementairement après avoir pris en compte les faits de l'espèce, à savoir des gestes superficiels et très localisés, pouvant s'apparenter aux prestations manuelles pratiquées par les esthéticiennes, sur des automobilistes de passage restant habillés pour les détendre quelques minutes ils conclurent que « [...] *les prestations de détente fournies sur l'aire d'autoroute de Jugy qui s'apparentent aux gestes de délassement pratiqués par d'autres professionnels, n'étaient en aucun cas,*

¹⁴³⁴ TGI Chalon-sur-Saône, 20 janvier 2003,

¹⁴³⁵ Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, article 3 « *On entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus.* » JORF du 9 octobre 1996, p. 14802

susceptibles d'entraîner une confusion avec les activités exercées par les masseurs kinésithérapeutes au sens du monopole qui leur a été reconnu légalement. » Les plaignants ayant interjeté appel de cette décision, la relaxe des intimées fut confirmée par la Cour d'appel de Dijon, les magistrats du second degré estimant nécessaire de préciser que « [...] les effleurages, touchers et pressions légères (détente minute pause de relaxation) qui ont été pratiqués par les prévenus pour détendre les usagers sur l'aire de repos de l'autoroute de Jugy ne font pas partie du monopole [des masseurs-kinésithérapeutes]¹⁴³⁶.

Le contentieux entre la FFMKR et Joël Savatofski se prolongea, ce dernier ayant, au nom de l'école européenne du « toucher-massage », porté plainte pour dénonciation calomnieuse. Par une dépêche de l'Agence France Presse¹⁴³⁷, nous apprîmes que le TC de Dijon (21 octobre 2009) avait condamné en première instances la FFMKR à 4 000 euros d'amende, 300 000 euros à titre de dommages et intérêts au bénéfice de Monsieur Savatofski et 10 500 euros à chacun trois praticiens. La FFMKR ayant interjeté appel de ce jugement inique, la chambre correctionnelle de la CA de Dijon (8 juin 2011) infirma le jugement et prononça la relaxe de la FFMKR. Comme on pouvait s'y attendre, l'arrêt de la CA de Dijon fut l'objet d'un pourvoi en cassation de la part des parties civiles. Ce dernier fut rejeté le 2 octobre 2012¹⁴³⁸ marquant ainsi le point final de cette très longue et inutile procédure.

À l'époque, nous avions conscience que la conception de l'exercice illégal du massage partagée par la grande majorité des masseurs-kinésithérapeutes diplômé d'État l'était de moins en moins par les magistrats ainsi que le démontre l'analyse des jugements et arrêts infra.

¹⁴³⁶ Le contentieux entre la FFMKR et Joël Savatofski se poursuivit, ce dernier ayant, au nom de l'école européenne du « toucher-massage » porté plainte pour dénonciation calomnieuse. Par une dépêche de l'Agence France Presse (©AFP / 26 octobre 2009 18h49), nous apprîmes que le TC de Dijon (21 octobre 2009) condamna en première instances la FFMKR à 4 000 euros d'amende, 300 000 euros à titre de dommages et intérêts au bénéfice de monsieur Savatofski. et 10 500 euros à chacun trois praticiens. La FFMKR ayant interjeté appel de ce jugement inique, la chambre correctionnelle de la CA de Dijon (8 juin 2011) prononça une décision de relaxe qui fut l'objet d'un pourvoi en cassation de la part des parties civiles. Ce dernier fut rejeté le 2 octobre 2012 (Cass. crim., 02 octobre 2010, n° 11-85803) marquant ainsi le point final de cette très longue procédure

¹⁴³⁷ ©AFP / 26 octobre 2009 18h49

¹⁴³⁸ Cass. crim. , 02 octobre 2012, n° 11-85803 Décision attaquée CA Dijon, 08 juin 2011)

δ. L'établissement d'une jurisprudence défavorable aux masseurs-kinésithérapeutes en matière de massages

Pour prononcer la relaxe du délit d'exercice illégal de la kinésithérapie d'un masseur bien-être, les juges (TGI Niort, 7 juillet 2002), en vertu de leur souverain pouvoir d'appréciation, vont associer les dispositions de l'article L.4321-1 CSP et du décret n° 96-879 du 8 octobre 1996. Après avoir énoncé que, selon l'article L.4321-1 CSP, la profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer le massage et la gymnastique médicale, ils retiennent que l'article 3 du décret n° 96-879, dans sa rédaction issue du décret du 27 juin 2000, définit le massage comme « [...] toute manœuvre externe réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produit, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus » mais que ces dispositions doivent être interprétées au regard de celles de l'article 1^{er} du même décret qui précisent que la masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale « [...] notamment à des fins de rééducation qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer ». Que de la même manière si l'article 7 du décret habilite le masseur-kinésithérapeute à utiliser ces différentes techniques « [...] dont le massage et, notamment, le drainage lymphatique » il subordonne cette utilisation à la mise en œuvre de ces traitements mentionnés à l'article 5 exclusivement sur prescription médicale. Pour absoudre le délinquant, ils vont faire droit aux arguments du défendeur en retenant que ce dernier « [...] n'a jamais prétendu vouloir agir sur les capacités fonctionnelles de ses clients, les documents publicitaires renvoyant à l'utilisation des termes stress, fatigues, tensions, amincissement [...] ou des expressions réconciliez-vous avec votre corps ou encore laissez vous aller à la sensation bien être par le massage » et que dans les différents prospectus, il est mentionné qu'en aucun cas les massages proposés « ne remplacent un traitement médical et la kinésithérapie ».

Dans des espèces similaires (TGI Millau, 22 octobre 2008, n° 06/411, confirmé par CA Montpellier 2 juillet 2007, n° 08/02 207 ; TGI Saint Étienne 10 décembre 2009, n° 08/021940) pour débouter les masseurs-kinésithérapeutes de leurs prétentions les magistrats procéderont à une analyse restrictive des dispositions de l'article R.4321-1 CSP¹⁴³⁹ jugeant

¹⁴³⁹ Article R.4321-1 CSP « La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités

que la masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon *manuelle* « [...] *qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer* » et que cet article définit également la nature des massages réservés exclusivement aux masseurs-kinésithérapeutes « [...] *en les limitant aux massages ayant pour but d'agir sur les capacités fonctionnelles des patients* ». Analyse restrictive car, à nos yeux a été occultée une mention essentielle dudit article à savoir « *notamment à des fins de rééducation* » qui sous-entend que le domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes n'est pas limité qu'au pathologique. Cette analyse ayant été retenue, dès lors, il est aisé au magistrat de juger que « [...] *tel n'est pas le cas en l'espèce s'agissant de massages destinés à la détente et au bien-être, dépourvus de toute action sur les capacités fonctionnelles* » d'autant plus, affirme le magistrat que sont utilisées des techniques « *ni validées et ni enseignées dans le cadre des activités en kinésithérapie.* » La messe est dite.

Malgré l'issue défavorable des deux procédures initiées par le Syndicat départemental des masseurs-kinésithérapeutes de la Côte-d'Or à l'encontre de masseurs bien-être, la profession va multiplier les procès à l'encontre de « masseur-toucher », « masseurs-conforts ». Nous écrivions en 2005 « [...] *Il est à craindre que le pourcentage de procès perdus qui est, à ce jour, loin d'être négligeable ($\pm 33\%$) augmente* »¹⁴⁴⁰. À cela il y a principalement deux raisons.

L'étude de la jurisprudence fait immédiatement apparaître que, lorsque les masseurs kinésithérapeutes ont choisi la voie civile pour ester en justice en utilisant la procédure du référé¹⁴⁴¹ leur action a le plus souvent échoué.

En effet, lorsqu'un masseur-kinésithérapeute ou un syndicat professionnel sollicitait du juge de l'urgence la cessation de l'activité de massage (massage énergétique, relaxant, de confort qu'il soit manuel ou instrumental) d'une personne non titulaire du diplôme d'État de masseur kinésithérapeute, ce dernier se déclarait le plus souvent incompétent car ne pouvant se prononcer sur le fond de l'affaire, dans la mesure où c'est au demandeur, initiateur de l'action, d'apporter les preuves de l'exercice illégal du massage. Le plus souvent celles-ci

fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques. »

¹⁴⁴⁰ MACRON Alain, Le monopole légal du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes à l'épreuve de la pratique quotidienne, mémoire de Master 2, Droit médical et pharmaceutique, Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-en Provence, Faculté de Droit et de Science Politique d'Aix-Marseille III, 2005

¹⁴⁴¹ NCPC, articles 484 et s.

faisaient défaut ou bien étaient insuffisantes. Pour étayer notre propos, nous pouvons prendre comme exemple le jugement rendu par le Tribunal de Grande Instance de Grenoble le 24 juin 1992 (SNMKR de l'Isère c/ association ARCANSON). L'ordonnance de référé après avoir rappelé qu'en France, s'agissant de l'exercice d'activités commerciales ou artisanales, le principe de la liberté d'entreprendre est posé par la loi du 2 mars 1791 et « [...] *que dès lors les restrictions à ce principe doivent s'interpréter strictement [...]* » et que le Code de la santé publique vise à protéger des activités dès lors qu'elles sont à visée thérapeutique ou médicale, comme le précise le cadre de référence du décret du 26 août 1985 « [...] *il ne saurait y avoir de monopole à l'approche de la santé même s'il existe de fait un monopole de l'exercice des actes médicaux et des actes à visée thérapeutique [...]*, que c'est au syndicat de démontrer que l'usage du mot massage et l'utilisation de cette activité dans une démarche médicale ou thérapeutique. In fine, il est jugé que le SNMKR ne rapporte pas la preuve du délit, à savoir l'infraction aux dispositions de l'article L.487 du CSP mais surtout « *qu'il existe dès lors une difficulté sérieuse dont l'examen ne relève pas de la compétence du juge des référés* ». Pour éviter cet écueil, l'action en reconnaissance d'exercice illégal du massage est préférable et d'ailleurs la très grande majorité des jugements et arrêts l'ont été par des juridictions pénales.

A contrario toutes les actions en référé ne se soldent toujours par un échec (TGI Perpignan 2 mai 2002 ; MK Cabestany c/ Sté Moving). Dans cette espèce les praticiens qui agissaient en leur nom personnel, les Catalans ont du caractère et de la détermination, ont pu apporter la preuve de l'exercice illégal du massage (utilisation d'un appareil d'endermologie ¹⁴⁴² dans une salle de remise en forme). Ils avaient, préalablement à leur action, demandé au juge des référés une ordonnance afin de désigner un huissier qui put établir un constat du délit d'exercice du massage par des personnes non diplômées.

La seconde raison est que dans un nombre non négligeable de cas, les dossiers présentés étaient de mauvaise qualité. Nous avons conscience que la conception que se fait la grande majorité des masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'État de l'exercice illégal du massage était de moins en moins partagée par les magistrats. Jusqu'en 2007, les syndicats professionnels, surtout la FFMKR ¹⁴⁴³, étaient les maîtres du jeu en la matière mais c'est un jeu qui coûtait

¹⁴⁴² Concept développé par LPG Système ®. C'est une technique de massages réalisés avec un appareil qui, après avoir provoqué un pli cutané par aspiration reproduit la technique du palpé-roulé.

¹⁴⁴³ La Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs, organisation la plus représentative de la profession est née le 1er décembre 1963 de la fusion de la Fédération des kinésithérapeutes de France, de la Communauté (1948) et de la Fédération des kinésithérapeutes, masseurs et gymnastes médicaux indépendants de France (1953). Elle compte 98 syndicats départementaux et plus de 6000 adhérents et est à ce titre, depuis

cher, car si la justice est gratuite le ministère d'un avocat ne l'est pas. Les finances syndicales étant, du nombre restreint d'adhérents, relativement limitées les revers successifs et la multiplication des recours commença à créer des problèmes de trésorerie induisant une remise en question des intéressés.

D'une certaine manière, la mise en place de l'institution ordinale contribua contribué à clarifier la situation.

Paragraphe 2 *Le combat perdu des masseurs-kinésithérapeutes en matière de défense du massage*

La majorité des cadres ordinaux étant tous d'anciens responsables syndicaux qui, ayant su tirer les enseignements du passé et des procédures perdues, menèrent une réflexion qui a abouti à coordonner les actions à entreprendre et à n'estimer en justice que dans les cas bien précis où l'exercice illégal est flagrant et à toutes les chances d'être judiciairement reconnu et sanctionné¹⁴⁴⁴.

1. L'action des représentants ordinaux auprès des autorités de tutelle

Les différentes autorités de tutelle furent interpellées au premier rang desquelles les ministères de la Santé et de la Justice. Ce dernier, par un courrier en date du 26 mai 2008, prenant acte que le CNOMK souhaitait que soit officiellement intégrée dans la politique pénale du gouvernement la poursuite de l'infraction d'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute, confirma que « [...] comme pour toutes les infractions d'exercice illégal d'une profession, les parquets ont pour mission de poursuivre celles d'exercice illégal

sa création, le syndicat majoritaire de la profession. Elle a pour rôle essentiel de promouvoir et défendre les intérêts professionnels des masseurs kinésithérapeutes auprès des pouvoirs publics et instances internationales. Statutairement, la FFMKRF s'engage à « lutter contre l'exercice illégal de la profession et contre tout ce qui peut lui porter un préjudice quelconque, de protéger le titre de masseur kinésithérapeute et les qualificatifs légaux qui pourront lui être adjoints, de poursuivre ou de réprimer les faits pouvant porter atteinte à l'honneur ou aux intérêts moraux collectifs de la profession et de ses membres, et plus généralement d'entreprendre toutes actions dans ce but, notamment en saisissant les juridictions compétentes ou en se constituant partie civile à cet effet ».

¹⁴⁴⁴ CNOMK, L'Exercice illégal de la masso-kinésithérapie : Fondements et procédure, circulaire n° Jur/YA/RC/MG/ n°1/ 08.04.08, 8 avril 2008, p. 8 & s. ; L'Exercice illégal de la masso-kinésithérapie par des personnes non titulaires du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute, Fondement et procédure, Jur/YA/RC/MG/ n°1/ 09.04.16, 16 avril 2009

de la profession de masseur-kinésithérapeute, chaque fois qu'elles sont constituées [...] ¹⁴⁴⁵». Toutefois, souvent il y a loin de la parole aux actes.

En 2010, le CNOMK a publié un bilan des actions menées par l'Ordre au cours de l'exercice 2009¹⁴⁴⁶. Sur les onze affaires recensées on dénombre deux « classements sans suite », cinq dossiers en cours, trois jugements défavorables (deux masseurs bien-être dont un proposant ses services à bord d'un bus itinérant et un gérant d'un salon de massages érotiques¹⁴⁴⁷) et une seule décision favorable. En l'espèce, l'institution ordinale (CDOMK 75) ayant été sollicité pour avis par la DGCCRF¹⁴⁴⁸ au sujet d'un salon de massage géré par deux Thaïlandaises avait fourni aux services de la répression des fraudes les éléments permettant de qualifier un exercice illégal du massage fut-il thaïlandais. Appuyé par les services de la DGCCRF, le CNOMK qui avait pris le relais du conseil départemental porta plainte avec constitution de partie civile obtenant une reconnaissance de l'exercice illégal du massage, les deux prévenues ayant été condamnées pour ce délit.

Après cette étude de l'évolution de la jurisprudence en matière de massage et des raisons ayant poussé le législateur à introduire le concept de modelage à visée esthétique, il nous faut essayer de comprendre pourquoi les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas réussi et ne peuvent plus juguler efficacement l'exercice illégal du massage.

Nous avons vu que de plus en plus souvent les masseurs kinésithérapeutes sont en difficultés pour faire valoir leurs droits devant les tribunaux. Régulièrement interpellées par la profession les différentes autorités de tutelle rappellent que les masseurs kinésithérapeutes ont le monopole du massage.... Mais que vaut une réponse ministérielle face à la jurisprudence ?

¹⁴⁴⁵ Ministère de la Justice, Direction des Affaires criminelles et des grâces, sous-direction de la justice pénale spécialisée, bureau de la santé publique, du droit social et de l'environnement, réf. CRIM REQ G4 N° 2008001190228/MG/FB, 26 main 2008

¹⁴⁴⁶ CNOMK, L'exercice illégal de la masso-kinésithérapie : bilan des actions menées par l'Ordre pour l'année 2009, circulaire n° Jur/YA/MG/n°1/10.04.09

¹⁴⁴⁷ Il faut croire qu'aucun enseignement n'a été tiré des échecs du passé. Dans le cas des massages « érotiques » nous avons vu que la jurisprudence est bienveillante avec les petites mains en les relaxant (TGI Brive la Gaillarde par exemple) mais beaucoup moins avec leurs que leurs « gérants » qui sont systématiquement condamnés pour proxénétisme. Pour ce qui est des massages pratiqués à bord d'un bus itinérant, en l'espèce, aucune confusion ne pouvait être faite avec l'exercice de la masso-kinésithérapie puisque les dispositions conventionnelles interdisent aux masseurs-kinésithérapeutes conventionnés tout exercice itinérant.

¹⁴⁴⁸ DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

Il y a une question que les masseurs-kinésithérapeutes ne se sont jamais posée. Ont-ils réellement le monopole du massage ?

2. L'exclusivité dévolue aux masseurs-kinésithérapeutes : un monopole plus théorique que pratique

Il faut avoir l'honnêteté de reconnaître que le monopole du massage dont se prévalent les masseurs kinésithérapeutes est plus théorique que pratique.

A. Une pratique du massage partagée avec d'autres professions de santé

Nous avons vu que le massage est une pratique partagée depuis fort longtemps avec les esthéticiennes car c'est une technique qui leur est enseignée, sous des vocables différents mais qui ne trompe personne, au cours de leurs études comme elle l'est au cours des études de masso -kinésithérapie. Mais la pratique du massage est également partagée avec d'autres professions... de santé.

Les premiers à avoir revendiqué un droit au massage sont les pédicures qui, dès 1946, ont réclamé, sans succès, l'exclusivité du massage des pieds. Trois autres professions de santé revendiquent un exercice du massage. Il s'agit des infirmiers, des aides-soignants et des sages-femmes.

α. Une pratique partagée avec les infirmiers

Au service des personnes en matière de santé, les infirmiers et les infirmières assument la responsabilité de l'ensemble des soins éponymes : la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades. Il / Elle aide la personne soignée à maintenir et à recouvrir son indépendance et son autonomie, à soulager sa souffrance et à vivre ses derniers moments. Il / Elle apporte une aide matérielle et psychologique dans les actes quotidiens perturbés par la maladie. La profession d'infirmier (e) est réglementée par les dispositions du Code de la santé publique¹⁴⁴⁹. Le décret de compétence n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier a abrogé et remplacé le précédent décret du 11 février 2002. Désormais sont réunis dans un seul et même décret les actes professionnels et les règles professionnelles de la profession d'infirmier (e). Il n'y a plus

¹⁴⁴⁹ CSP, articles L. 4311-1 et s. (actes professionnels : art. L. 4311-1 à L. 4311-15)

de distinction entre l'aspect technique de la profession d'un côté et les devoirs envers les patients de l'autre côté.

La relation d'infirmier ne se limite pas à un geste technique mais va bien au-delà : c'est une prise en charge globale du patient. Il faut prendre en compte la santé physique mais aussi la dimension psychologique du patient.

β. Une pratique partagée avec les aides-soignants

La profession d'aide-soignant (e) est une activité paramédicale née de l'impératif d'hygiène réclamée par l'institution hospitalière et de l'incapacité pour les patients d'assumer leurs besoins élémentaires comme se laver, s'habiller et manger seuls. Le rôle de l'aide-soignant (e) est défini par arrêté¹⁴⁵⁰. Il assure « [...] *une prise en charge globale des personnes en liaison avec les autres intervenants au sein d'une équipe pluridisciplinaire, en milieu hospitalier ou extra-hospitalier et, en tant que de besoin, à leur éducation et à celle de leur entourage. Au sein de cette équipe, l'aide-soignant contribue à la prise en charge d'une personne ou d'un groupe de personnes et participe, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, à des soins visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie de l'être humain et à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne [...]. assure par délégation de l'infirmière, sous sa responsabilité et son contrôle effectif, les soins d'hygiène et de confort de la personne dont il s'occupe [...] dans l'accomplissement de ses tâches, il participe activement à l'humanisation des conditions de vie de la personne soignée ou de la personne âgée.* »

La circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996 précise les rôles et les missions de l'aide-soignant et de l'auxiliaire de puériculture dans les établissements hospitaliers. Il est notamment précisé que le rôle des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture s'inscrit dans une approche globale qui, outre la participation aux soins, implique une prise en charge psychologique et comportementale de la personne soignée.

¹⁴⁵⁰ Arrêté du 5 janvier 2004 modifiant l'arrêté du 22 juillet 1994 modifié relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant et au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture, JORF du 4 février 2004, p. 2437

δ. Une pratique partagée avec les sages-femmes et les maïeuticiens

Ultime profession qui est concernée par l'exercice illégal du massage : la profession de sage-femme. Exerçant une profession médicale la sage-femme assure, en toute autonomie, la surveillance des grossesses normales, du travail, de l'accouchement eutocique¹⁴⁵¹, ainsi que celle de la mère et de l'enfant après la naissance¹⁴⁵². Elle ne doit en aucun cas, en dehors de circonstances exceptionnelles, pratiquer un acte ou un soin qui dépasse sa compétence¹⁴⁵³. Cependant avec l'accouchement sans douleur, puis la sophrologie, le yoga, la préparation en piscine et surtout l'haptonomie¹⁴⁵⁴, la sage-femme connaît aujourd'hui de multiples facettes dans l'exercice de sa profession¹⁴⁵⁵.

B. La nécessaire humanisation des soins : source d'un exercice non légal du massage

Les trois professions de santé précitées possèdent en commun un exercice professionnel grevé d'une lourde charge affective. Cependant, le perfectionnement continu des techniques de soins a bouleversé la relation soignant - soigné en la déshumanisant même auprès des patients en début ou en fin de vie. Aujourd'hui, ces professionnels ne peuvent plus et surtout ne veulent plus se limiter à la technicité du geste professionnel. Textes réglementaires, circulaires insistent sur la nécessaire prise en compte de la souffrance physique mais aussi psychique des patients. En un mot il faut réapprendre à « humaniser » les soins.

C'est ainsi que l'infirmier et l'infirmière doivent dans le cadre de leur mission de soin « (...) *soulager la souffrance et aider [la personne] à vivre ses derniers moments. Il / Elle apporte une aide matérielle et psychologique dans les actes quotidiens perturbés par la maladie (...)* ». De la même façon, l'aide-soignant va assurer dans le cadre de son intervention « [...] *les soins d'hygiène et de confort de la personne dont il s'occupe [...] et participer activement à l'humanisation des conditions de vie de la personne soignée ou de la personne âgée.* »

¹⁴⁵¹ Eutocie : accouchement normal ; DELAMARE, dictionnaire abrégé des termes médicaux, 4ème édition, édition Maloine, 2004

¹⁴⁵² Article L4151-1 CSP « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1 [...]* ».

¹⁴⁵³ Article R.4127-318 CSP (ancien art. 18 du Code de déontologie des sages-femmes)

¹⁴⁵⁴ Haptonomie: www.haptonomy.org

¹⁴⁵⁵ www.ordre-sages-femmes.fr (historique de la profession de sage-femme : la sage-femme d'aujourd'hui)

La sage-femme va accompagner la future maman (suivi de la grossesse, préparation à l'accouchement) puis après celui-ci la jeune mère et l'enfant tant sur le plan médical que psychologique.

Les professionnels de santé et plus particulièrement les paramédicaux s'efforcent de considérer le patient dans sa globalité. L'individu qu'il soigne n'est plus « une prothèse de hanche » ou « un cancer du côlon ». C'est un homme, une femme qui souffre tant physiquement que psychologiquement. À partir de cette conception holistique, différentes techniques se sont développées. La plus fréquemment revendiquée et pratiquée est l'haptonomie.

α. L'haptonomie : une forme de massage en plein essor

Haptonomie est un nom féminin d'origine récente dans la langue française puisqu'il est apparu en 1980. Emprunté au néerlandais ou à l'anglais « haptonomy », étymologiquement il vient du grec *haptein* qui désigne le toucher, le sens, le sentiment et *nomos* la loi, la règle, la norme¹⁴⁵⁶. L'haptonomie est une discipline qui utilise les contacts, essentiellement tactiles, pour leurs effets dans la vie affective et les relations humaines. L'haptonomie est essentiellement pratiquée sur des personnes en souffrance psychique que ce soit dans les premiers jours de la vie (périnatalité) que sur des personnes handicapées ou des personnes en fin de vie. Elle consiste à établir tactilement une relation, un contact tactile pour guérir, rendre entier, confirmer l'autre dans son existence. Cette technique qui consiste donc à agir par le toucher. Et qui dit action / toucher, inévitablement... dit massage!

C'est ainsi que les membres de ces professions revendiquent le droit de « toucher - massage » dans le cadre de la ré-humanisation de la relation soignant / soigné, c'est-à-dire dans une démarche visant à se rapprocher de nouveau de la dimension humaine. L'objectif est d'apporter confort et relation aux malades. De la naissance à la mort, les adeptes de l'haptonomie prônent le toucher – massage comme faisant partie de l'arsenal thérapeutique de tous les soignants. À cette occasion, ils n'hésitent pas à faire du prosélytisme en incitant les différents professionnels de santé à sortir du cadre de leurs compétences légales et réglementaires : « *Il faut être au service du malade et non de l'institution. Il n'est pas utile d'être un spécialiste, d'avoir des connaissances en anatomie pour réaliser le toucher-*

¹⁴⁵⁶ Dictionnaire Le Grand Robert de la langue française, édition numérique, 2014

massage, mais il est certain que faire des formations sur le sujet peut être d'une aide précieuse¹⁴⁵⁷ » et en organisant des séminaires de formation et des congrès¹⁴⁵⁸.

À titre d'exemple nous pouvons citer les 9es Assises Nationales des Associations d'Aides-Soignants organisées à Toulon les 6 et 7 juin 2002 qui avaient pour thème « Toucher – Massage, enrichissement de la pratique soignante ». Le programme de la dernière journée de ces assises est sans équivoque (cf. infra) et nous pouvons constater que figure comme intervenant une vieille connaissance des masseurs-kinésithérapeutes en la personne de Joël Savatofski...

<p>Débat</p> <p>Le Toucher-Massage, une pratique abordable par tous.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La détente du malade par le massage des mains. - Les mini-massages en préparation du lever - Le massage relaxant et de confort du dos - Le massage "bonheur" des pieds. <p>16h00 Pause</p> <p>18h00 Fin de journée</p> <p>19h00 Dîner détente</p> <p>Intervenants de la Journée</p> <p>Joël SAVATOFSKI, Fondateur de l'école du Toucher-Massage, formateur, auteur</p> <p>Elisabeth DJELLALI, Aide-Soignante, formatrice au Toucher-Massage depuis 12 ans.</p> <p>Françoise BOISSIÈRES, Infirmière, formatrice, relation d'aide et Toucher-Massage.</p> <p>Et des assistants de l'école du Toucher-Massage.</p>	<p>15h30 Pause</p> <p>16h00 Débat, ultimes questions, bilan des journées.</p> <p>17h00 Clôture</p> <p>17h30 Fin de la formation</p> <p>Intervenants de la Journée</p> <p>Joël SAVATOFSKI, Françoise BOISSIÈRES</p> <p>et Annie VALENZA, Esthéticienne enseignante, formatrice à l'école du "Toucher-Massage".</p> <p>Pendant les pauses, des massages "minute" seront offerts aux participants.</p> <p>BON RETOUR À TOUS</p>
---	---

Pour se convaincre de la place revendiquée par les tenants de cette discipline dans la chaîne des soins, il suffit de prendre connaissance du thème des récents séminaires ayant été organisés en France et en Suisse. « Transdisciplinarité et santé », séminaire sur les pratiques transdisciplinaires (EHESS, Paris 25 février 2009), « de la naissance à la fin de la vie : l'apport de l'haptonomie » (Université de Lausanne, 13 avril 2009). Et, que devons-nous penser du programme d'un séminaire organisé à Narbonne au mois de juin 2009 dont le thème était Haptothérapie de l'enfant et de l'adolescent : « L'haptonomie, une manière d'être dans le soin », « Accompagnement haptonomique de la parentalité de moins neuf mois à plus quinze mois, réflexions sur les fondations de la personnalité », « Soutien et verticalité : travail haptonomique en piscine auprès d'enfants porteurs handicap » (Narbonne XVIIIe entretiens médico-psycho-pédagogiques, 6 juin 2009). La présence de certains termes nous laisse subodorer que les personnes formées à l'haptonomie, dont la majorité n'est pas masseurs-

¹⁴⁵⁷ www.dolopalliat.free

¹⁴⁵⁸ <http://www.haptonomie.org/fr/presentation-generale/conference-et-congres.html>

kinésithérapeutes, empiètent allègrement « à l'insu de leur plein gré » dans le domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes.

β. Les rappels à l'ordre du ministère de la santé en la matière

Conscient du problème le ministère de la santé publie rappelle régulièrement aux professionnels de santé réglementés, notamment les infirmiers que si la prévention des troubles cutanés trophiques chez les patients grabataires nécessite des massages localisés des points d'appuis chez les patients grabataires pour prévenir, retarder ou bien traiter les escarres ¹⁴⁵⁹ « [...] la relation d'aide thérapeutique que les infirmiers sont habilités à pratiquer dans le cadre de leur rôle propre est envisagée exclusivement sous l'angle psychologique et ne les habilitent nullement à pratiquer des actes de massage relevant de la compétence des masseurs kinésithérapeutes [...] » ¹⁴⁶⁰. Le massage effectué dans le cadre de soins palliatifs prodigués à des personnes en fin de vie doit être réalisé par les masseurs kinésithérapeutes. Cependant, il est bien évident que l'on n'accusera pas une aide-soignante ou une infirmière qui fait occasionnellement un massage de confort à un malade en fin de vie. Ou encore que « [...] Un certain nombre d'infirmiers invoquant plusieurs dispositions de l'article 3 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 susmentionné relatives à l'hygiène de patients, effectuent des drainages lymphatiques par électrostimulation musculaire. Une telle interprétation est erronée. En effet, ces activités, aux termes de l'article 7 a) et h) et du décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute pris en application de l'article L 487 du code de la santé publique, constituent des massages relevant de la compétence exclusive des masseurs-kinésithérapeutes. Leur dispense par des infirmiers constitue pour ceux-ci un exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute [...] » ¹⁴⁶¹.

Ceci étant posé, après avoir constaté que le massage enseigné aux masseurs-kinésithérapeutes au cours de leurs études n'était que thérapeutique, nous pouvons aller plus loin dans la réflexion en se demandant si le massage non thérapeutique fait réellement partie du domaine de la masso – kinésithérapie ?

¹⁴⁵⁹ Escarre : plaie consécutive à une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive et prolongée

¹⁴⁶⁰ Circulaire DGS/PS3/n° 5611 du 13 décembre 1993

¹⁴⁶¹ Circulaire DGS/PS N° 97/412 DU 30 MAI 1997 relative à l'application du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier,

δ. Masso-kinésithérapie et massage bien-être : des métiers différents

Il faut reconnaître qu'aujourd'hui masso-kinésithérapie et bien-être ne sont pas les mêmes métiers. Pour le grand public comme pour les magistrats les masseurs-kinésithérapeutes sont des praticiens du massage à visée thérapeutique effectué sur prescription médicale et pas des spécialistes « sui generis »¹⁴⁶². De surcroît, on ne peut ni occulter ni nier que les masseurs-kinésithérapeutes portent une large part de responsabilité dans la situation actuelle.

Les tribunaux n'ont d'ailleurs pas manqué de relever certaines ambiguïtés. Ainsi, les Conseillers de la CA de Versailles¹⁴⁶³, pour confirmer la relaxe de plusieurs esthéticiennes ayant pratiqué le drainage lymphatique par le biais d'un appareil soulignent qu'« [...] à l'époque des agissements en cause, écoulés entre avril 1997 et mars 2000 [...] l'autorité légitime à savoir le Ministère compétent paraissait autoriser le massage utilisé pour le drainage lymphatique qu'et le » palper-rouler » [...]. Il sera également relevé qu'un grand nombre de formations organisées au titre de la formation professionnelle l'étaient par des masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat à destination de participants qui ne l'étaient pas et ne le seraient jamais. Quelques fois les actes de massage étaient effectués par des personnes non titulaires du diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute au motif que les professionnels diplômés à qui la loi avait confié l'exclusivité du massage déléguaient ou bien refusaient de pratiquer les massages. La pénurie de masseurs kinésithérapeutes diplômés salariés fait que les centres de thermalisme organisent des formations internes de masseurs. Ainsi si le Code de la santé publique ¹⁴⁶⁴ prévoit que « [...] seuls les personnes qui ont été reçues avant le 31 décembre 1982 à l'examen de fin d'études de l'école des techniques thermales d'Aix les bains ou qui ont obtenu avant cette date le diplôme délivré par cette école sont autorisées à pratiquer, au sein de l'Établissement « Thermes nationaux d'Aix les bains », les actes de massage et de gymnastique suivant : 1^{er} mobilisation articulaire en bain d'eau thermale, 2^{ème} Massage manuel sous l'eau thermale, 3^{ème} Massage manuel avec pulvérisation ou vaporisation d'eau thermale, 4^{ème} Massage manuel avec application de boues thermales [...] » dans la pratique les choses sont toutes autres.... Les grandes chaînes de cosmétique et d'esthétique tournent la difficulté en déposant auprès de l'Institut National de la Propriété Industrielle ¹⁴⁶⁵ les marques de massage propre à leur activité. Le massage étant devenu un

¹⁴⁶² TGI Versailles, 23 octobre 2003

¹⁴⁶³ CA Versailles, 04 mars 2009, n° 07/02903

¹⁴⁶⁴ CSP article R. 4321-33

¹⁴⁶⁵ Institut National de la Propriété Industrielle, 26 bis rue de St Pétersbourg 75800 Paris cedex 8

phénomène de société, il est impossible de réserver une pratique aussi vieille et aussi universelle à une seule catégorie professionnelle. Le recours aux techniques de la communication et du marketing va faire le reste. Ces facteurs sont venus potentialiser le phénomène en favorisant l'activité des masseurs illégaux au détriment des masseurs kinésithérapeutes.

Les masseurs kinésithérapeutes sont très nombreux à revendiquer, parfois avec violence, le monopole du massage qu'il soit thérapeutique ou hygiénique... auprès de leurs syndicats professionnels, de l'institution ordinaire et même dans les médias mais bien peu nombreux sont ceux qui se mobilisent et qui agissent concrètement pour défendre ce monopole.

C. Le massage: revendication d'une technique délaissée par les masseurs-kinésithérapeutes

Jean Michel LARDRY¹⁴⁶⁶ avait il y a quelques années en arrière fait sensation dans le monde la masso-kinésithérapie en revendiquant la promotion du massage bien être pour tous et en créant une de formation à ces techniques. À ce titre, il a particulièrement bien décrit les raisons qui font que les masseurs-kinésithérapeutes n'exploitent pas ou mal l'exercice du massage¹⁴⁶⁷.

α. Les raisons d'un désintérêt

La plupart des masseurs-kinésithérapeutes considèrent le massage comme un acte subalterne, simpliste, voir sans intérêt majeur. Cela tient essentiellement à l'évolution de l'exercice professionnel. En 1946, l'exercice professionnel des masseurs kinésithérapeutes se confinait à la traumatologie, la rhumatologie et à la neurologie. Pour pouvoir suivre les 2 années d'études préparatoires au diplôme d'Etat, il suffisait de savoir lire, écrire et d'avoir 18 ans. Progressivement, les domaines accessibles à la rééducation se sont développés : pédiatrie, cardiologie, pneumologie, gynécologie, urologie, etc.. En 1969, la durée des études est passée à trois ans. Le baccalauréat est devenu obligatoire. Puis est apparu un concours d'entrée très

¹⁴⁶⁶ LARDRY Jean Michel, Directeur technique de l'IFMK Dijon de 1985 à 2005 puis Directeur depuis 2005. Expert à la Haute Autorité de Santé (HAS), il est également membre de la Société Française de Physiothérapie, de l'American Massage Therapy Association (AMTA). Il est un des co-fondateurs de l'Ecole Française de Formation au Massage Bien être et de l'association Mondial-Massage.

¹⁴⁶⁷ LARDRY Jean Michel, massage et Kinésithérapie : histoire d'un monopole, Kinéactualités, n° 945, 24 juin 2004, p.8-10

exigeant¹⁴⁶⁸. L'extension de la protection sociale et des soins remboursés ont conduit les professionnels (essentiellement libéraux) à privilégier des actes de plus en plus techniques au détriment des gestes de base comme le massage qu'ils ne voient que comme un acte mécanique, réflexe en occultant sa dimension psychologique et le feedback qu'il génère entre le patient (celui qui souffre) et le professionnel de santé (celui qui soulage). Or, le massage ne s'adresse pas seulement au corps physique mais aussi au corps psychique de l'individu. Au-delà de l'acte mécanique, c'est écouter l'autre, le comprendre, rassurer, détecter, agir. C'est donner, mais aussi recevoir des informations du corps et de l'esprit pour traiter la douleur et la souffrance. Combien de masseurs-kinésithérapeutes ont compris cela ? Bien peu si on considère l'engouement du public à se diriger vers des masseurs qui ne sont pas kinésithérapeute. À ce titre, ils ne valorisent pas assez les techniques de massage.

Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à constater l'indigence des travaux et des publications scientifiques sur ce thème¹⁴⁶⁹. Le constat est sans appel. Les masseurs-kinésithérapeutes, spécialistes du massage ne pratiquent que peu ou pas un acte qui leur est pourtant réservé et de facto ne le valorisent pas.

Une autre raison est que, comme nous l'avons évoqué supra, le massage enseigné au cours de la formation initiale est réduit à sa variante thérapeutique. À cela il y a une raison évidente : les enseignants sont des thérapeutes qui enseignent les techniques qui seront pratiquées par les étudiants au cours de leurs stages cliniques en milieu hospitalier au cours desquels ils n'auront qu'exceptionnellement l'opportunité de pratiquer des massages non thérapeutiques¹⁴⁷⁰. De surcroît les kinésithérapeutes hospitaliers ne massent pas ou peu, invoquant principalement le manque de temps et la pénurie de personnel. La densité et la multiplicité des enseignements théoriques et pratiques ne permettent pas aux enseignants de dispenser des cours sur toutes les autres formes du massage. Lorsque d'autres techniques de massage sont quand même enseignées, elles le sont en général de façon trop succincte pour être utilisées professionnellement. En 1995, la réforme du diplôme de cadre de santé¹⁴⁷¹, obligatoire pour

¹⁴⁶⁸ Par exemple, en 2005 à l'IFMK de Montpellier pour 75 places en 1ère année il y avait 1750 candidats environ, en 2004 pour 55 places : 2200 candidats.

¹⁴⁶⁹ L'auteur relève qu'en 2001 une étude menée sur les effets antalgiques du massage dans les grandes banques de données internationales, sur les cinq années précédentes n'a relevé que 55 publications traitant de ce thème général et qu'aucune n'était scientifiquement fiable.

¹⁴⁷⁰ Questions à Guy Largier – Kinésithérapeute spécialisé dans la prévention santé ; Kiné actualité, N° 728, 17 juin 2002, Edition Spek

¹⁴⁷¹ Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

pouvoir enseigner dans les IFMK ¹⁴⁷² a sensiblement modifié le contenu de cette formation en l'axant principalement sur les exigences nécessaires à l'exercice de cadre en milieu hospitalier au détriment de l'enseignement en formation initiale. L'intellectualisation de la formation de cadre et l'universalisation de la formation initiale ne sont plus en correspondance avec la transmission d'un savoir-faire manuel fondamental à une formation comme celle des masseurs kinésithérapeutes.

En matière de formation professionnelle continue en masso-kinésithérapie, la place réservée au massage est très faible. Non pas par décision des organismes de formation, mais plutôt par désintérêt des professionnels. Il semblerait que ceux-ci considèrent que le massage est une technique figée dans le temps, sans évolution possible.

La désaffection des masseurs-kinésithérapeutes pour le massage est également liée à l'exercice majoritairement libéral de la profession et ce dans le cadre conventionnel. En 1972, a été signée la première convention entre la profession et l'Assurance maladie permettant le remboursement de certains actes de la compétence du masseur kinésithérapeute.

Si le conventionnement a permis à l'immense majorité de la population, même aux plus démunis, de pouvoir bénéficier des bienfaits de la kinésithérapie il a aussi entraîné une paupérisation des professionnels de santé, et notamment les masseurs-kinésithérapeutes, par la faible valeur de l'acte qui n'a cessé de se dégrader au fil des ans sans droit au dépassement d'honoraires. L'acte massage après avoir été pendant très longtemps sous-évalué dans la nomenclature des actes professionnels a aujourd'hui disparu de cette nomenclature et est assimilé à un AMK 7,5 (acte médical kinésithérapeute 15,30 euros la séance de trente minutes. Il s'agit d'une rémunération brute. Lorsque l'on sait que l'administration fiscale estime entre 50 % et 60 % le montant des charges pesant sur un kinésithérapeute libéral avant paiement de l'impôt sur le revenu, on peut comprendre que les kinésithérapeutes ne soient pas enclins à masser dans un cadre conventionnel.

Les masseurs kinésithérapeutes ne peuvent exercer leur art dans le domaine thérapeutique que sur prescription médicale. Le paradoxe étant que celui qui dispose du pouvoir de prescrire ne connaît rien, ou peu s'en faut, de la kinésithérapie. Dans leur immense majorité, les médecins ne connaissent pas les techniques de rééducation et encore moins celles du massage. Et pourtant le système de santé français est ainsi fait que ce sont eux qui prescrivent. Dans le

¹⁴⁷² Arrêté du 17 mai 1982 relatif aux conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de Masseur Kinésithérapeute

système de santé français des non spécialistes du massage prescrivent le massage à des spécialistes du massage !

De plus, la croissance exponentielle des dépenses de santé a incité les Caisses d'assurance maladie, et les pouvoirs publics, à confier aux médecins prescripteurs (essentiellement les médecins généralistes) la régulation des dépenses de santé. Régulièrement, à partir de 1980, les médecins ont été fortement conviés à ne plus prescrire certains actes. Le massage venait en 1^{re} place au hit-parade des actes à éviter ! Aujourd'hui, de plus en plus de médecins, plutôt que de prescrire des massages à des patients, préfèrent les diriger vers des masseurs illégaux qui les ont « démarchés » !

D'un point de vue pratique, les kinésithérapeutes ne sont déjà pas assez nombreux pour répondre à la demande dans le domaine thérapeutique (environ 1 600 nouveaux diplômés tous les ans), comment pourraient-ils satisfaire la demande considérable en massage non thérapeutique ? ¹⁴⁷³

De plus, le terme « masseur » déplaît à un grand nombre de professionnels.

β. Le rejet de l'image du masseur vue comme dévalorisante

Indéniablement il y a chez une majorité de professionnels un « complexe de la blouse blanche ». Chez eux, massage et masseur sont des termes qui renvoient aux années héroïques de la profession et du cinéma en noir et blanc.

À cette époque, le masseur apparaissait le plus souvent sous les traits d'un personnage en tee-shirt blanc, moulant un large thorax musclé et dévoilant des bras de déménageurs : le « masseur bain-douche », honni par toute la profession. Et pourtant.... ? Pour s'en convaincre, il suffit de regarder les mentions portées sur les plaques professionnelles apposées au mur des cabinets de kinésithérapie ou bien l'en tête des publications. Une des conséquences de cet état de fait, pour le grand public, est la disparition dans les pages jaunes de l'annuaire des abonnés au téléphone, du terme « *Masseur* » de masseur kinésithérapeute¹⁴⁷⁴. Il ne s'agit pas d'une attaque dirigée contre les MK par France Télécom, mais d'une logique respectée : la grande majorité des abonnés consulte les pages jaunes à « *kinésithérapeutes* » pour chercher son

¹⁴⁷³ GOUGEON Franck, La législation à l'épreuve des faits, Kiné Actualité, n° 868, 10 octobre 2002, édition SPEK

¹⁴⁷⁴ Le "M" de masseur-kinésithérapeute disparaît des pages jaunes. Source : Newsletter FFMKR du 09 juillet 2003

masseur kinésithérapeute. Le terme masseur du titre de masseur kinésithérapeute est trop souvent ignoré par les professionnels et à plus forte raison par le public.

Comme a pu le relever la jurisprudence, l'immense majorité des masseurs illégaux ne se revendiquent pas kinésithérapeutes et ne contestent pas la pratique du massage thérapeutique par ces derniers¹⁴⁷⁵. En revanche, ils se sont aperçus que la demande pour le massage non thérapeutique était considérable et non satisfaite et ont rapidement compris que les masseurs kinésithérapeutes n'étaient pas des concurrents redoutables dans ce domaine car souvent, ni formés ni intéressés, par ce type de pratique. À partir de là les facteurs favorisant l'émergence des masseurs illégaux ont été constitués par un faisceau de facteurs favorisent leur émergence. En ce qui concerne les esthéticiennes et autres « marchands du temple » il s'agit essentiellement de concepts commerciaux. Pour ce qui est des professions de santé réglementées qui empiètent le domaine professionnel des masseurs kinésithérapeutes une cause est prédominante : la disponibilité.

δ. Un combat à armes inégales entre masseurs-kinésithérapeutes et masseurs bien-être

Les masseurs-kinésithérapeutes, de par leur statut de professionnels de santé conventionnés avec les caisses d'Assurance Maladie ne peuvent pas faire de publicité. Ayant un statut commercial, les « illégaux » du massage peuvent recourir, et ils ne s'en privent pas, à toutes les formes de publicité. Tous les supports sont bons. Prospectus, annonce dans la presse gratuite, dans la presse généraliste ou spécialisée « bien-être / remise en forme », magazines féminins, Internet, réseaux sociaux, etc. et même les encarts à parution obligatoire faisant suite à une condamnation pour exercice illégal de la kinésithérapie !!

Les articles sur le massage qui paraissent dans la presse sont, de manière quasi-constante, rédigés par des non-kinésithérapeutes sachant présenter des techniques originales, exotiques, ancestrales qui ont le don de captiver les lectrices (lecteurs ?) de ces revues. Le massage pratiqué par les masseurs kinésithérapeutes étant considéré par les journalistes comme trop médical, trop sérieux, trop classique donc non porteur n'a pas sa place dans les médias !

¹⁴⁷⁵ TGI Niort, 07 juillet 2005, n° 05/00082 « [...] Attendu qu'il n'a jamais prétendu vouloir, par ses pratiques, agir sur les capacités fonctionnelles de ses clients [...] que figurent, dans chacun de ses documents publicitaires l'avertissement selon lequel les massages proposés "ne remplacent en aucun cas un traitement médical et la kinésithérapie" [...] »

Le marketing est le mot qui définit l'ensemble des actions ayant pour objet d'analyser le marché présent ou potentiel d'un bien ou d'un service et de mettre en œuvre les moyens permettant de satisfaire la demande ou, le cas échéant, de la stimuler ou de la susciter. Discipline bien connue des masseurs non-kinésithérapeutes et des écoles de massage non thérapeutique mais discipline totalement étrangère aux études des masseurs kinésithérapeutes et à leur pratique professionnelle.

Le libre accès en première intention est également un facteur favorisant les masseurs non thérapeutiques. En effet, en l'espèce, aucune autorisation administrative ou médicale n'est nécessaire à la différence du massage thérapeutique qui nécessite une consultation chez un médecin qui va prescrire, éventuellement, le traitement de rééducation au cours duquel sera, peut-être, pratiqué un massage. L'accès à une séance de massage non thérapeutique est donc grandement facilité pour les masseurs « illégaux » par rapport aux masseurs légaux.

Les actes de massage pratiqués par les masseurs non-kinésithérapeutes ne font l'objet d'aucun tarif réglementé. À titre d'exemple, à Montpellier la séance de vingt minutes de massage non thérapeutique est facturée entre 40 euros et 50 euros. La séance de massage chez un masseur kinésithérapeute à une durée de trente minutes pour un prix de 15,30 € (nomenclature des actes professionnels). Dans l'esprit du public, ce qui est cher est de meilleure qualité. Donc l'efficacité sera meilleure... ailleurs que chez le kinésithérapeute.

Enfin, dernier critère, et non des moindres, la disponibilité, qualité commune à tous les « masseurs illégaux » mais qui fait cruellement défaut à l'immense majorité des masseurs kinésithérapeutes en ce qui concerne le massage. Quelle situation paradoxale lorsqu'on connaît l'incommensurable disponibilité des professionnels de la rééducation lorsqu'il s'agit de prodiguer des soins tant au cabinet qu'au domicile du patient!

Peu de masseurs kinésithérapeutes sont, en fait, prêts à répondre à la demande du massage non thérapeutique. Dans les faits, on constate tous les jours l'embarras de certains organisateurs, de compétitions sportives de masse par exemple (marathon, trail, etc.) ou bien de gérants de d'hôtels de luxe qui malgré tous leurs efforts n'arrivent pas à intéresser des masseurs kinésithérapeutes pour pratiquer des massages de détente, de relaxation malgré des rémunérations correctes.

Alors qu'il est quasiment impossible de mobiliser des consœurs et des confrères pour assurer des soins de massages à l'arrivée d'épreuves sportives (courses sur routes, trail, etc.) comment imaginer voir des masseurs kinésithérapeutes pratiquer des massages assis, le week-end ou en

semaine sur des aires d'autoroutes les jours de grand départ en vacances, dans les gares, les stations de métro, les entreprises, etc.

Dans les hôpitaux, les centres de soins de long séjour, les résidences pour personnes âgées, par leur présence constante, et même la nuit, le dimanche et les jours fériés, des aides-soignantes, des infirmières répondent à la demande de massage formulée par un patient, un résident...

Le masseur non-kinésithérapeute entre peu à peu dans les mœurs. Le public lui est satisfait puisqu'il trouve une réponse à sa demande... Le massage étant devenu un phénomène de société, il est impossible de réserver une pratique aussi vieille et aussi universelle à une seule catégorie professionnelle¹⁴⁷⁶.

Paragraphe 3 Les solutions envisageables pour réinvestir le massage

On pourrait envisager que les masseurs kinésithérapeutes gardent le monopole du massage thérapeutique et partagent le massage non thérapeutique avec des professionnels qui seraient formés au sein des Institut de Formation en Masso kinésithérapie.

1. L'éventualité de créer une profession d'aide-masseur

L'enseignement du massage qui étaient de très grande qualité il y a quelques décennies au sein des IFMK a été progressivement délaissé au profit des techniques manuelles globales ou instrumentales.

Officiellement, il est prévu que l'enseignement du massage se déroule au cours des trois années d'études. En première année, (1er cycle d'études) la finalité du module 4 est l'acquisition des techniques fondamentales et le développement des capacités d'habileté manuelle, gestuelle et de palpation. Dans le cadre de ce module vont être enseignées les manœuvres fondamentales de massage, leurs applications par région du corps et leurs effets physiologiques ainsi que la kiné balnéothérapie, la thermothérapie et la cryothérapie ainsi que les exercices thérapeutiques actifs utilisant les différentes propriétés de l'eau (sans faire référence à la crénothérapie ou à la thalassothérapie, qui seront enseignées dans le cadre du module 2 du deuxième cycle d'enseignement), les bains contrastés, les fomentations sèches et humides et les applications locales de froid en masso-kinésithérapie. L'enseignement du massage va se poursuivre au cours des deuxième et troisième années d'enseignement

¹⁴⁷⁶ LARDRY Jean Michel, Massage et Kinésithérapie : l'avenir du monopole, Kiné actualité, N) 946, 1er juillet 2004, p.6-7

(deuxième cycle d'études) dans le cadre du module 1 (Masso-kinésithérapie, technologie) dont l'objectif est la poursuite de l'apprentissage par l'affinement du geste thérapeutique et acquisition de techniques de massage complémentaires des bases vues en première année.

Cet enseignement ne doit pas être limitatif mais doit permettre à l'étudiant de connaître l'étendue et les limites des possibilités des thérapeutiques manuelles (massage du tissu conjonctif, massopuncture, massage transversal profond, massage profond des aponévroses, drainage lymphatique manuel, passage percutané des médicaments). Viennent s'y adjoindre les techniques d'électrothérapie et la connaissance des applications thérapeutiques des différents types de courants (continu - diélectrolyse / passage percutané des médicaments, excito-moteurs, de basse fréquence et de moyenne fréquence), des ondes électromagnétiques (haute fréquence ; ondes courtes et centimétriques), des rayons infra-rouges et ultra-violets, des champs magnétiques (vibrations mécaniques, ultrasons). Le programme de ce module comporte également un enseignement du thermalisme au cours duquel sont enseignées les différentes pratiques ayant cours dans les stations thermales et de la thalassothérapie (algues, sable, iode) ainsi que les effets thérapeutiques des boues, douches, bains, rééducation en piscine, etc.. Une constatation s'impose. Le programme officiel des études préparant au diplôme de masseur-kinésithérapeute ne permet que l'enseignement du massage thérapeutique.

Délaissé au cours de la formation de base le massage est délaissé dans la pratique quotidienne par les les jeunes professionnels diplômés d'État.

Alors, pourquoi ne pas créer, à l'instar des aides-soignants vis-à-vis des infirmiers et infirmières diplômés d'Etat, des préparateurs en pharmacie par rapport aux pharmaciens ou encore et des aides vétérinaires et des vétérinaires un diplôme d'aide masseur ? La France s'alignerait ainsi sur différents pays européens (Belgique, Pays Bas, Royaume Uni, Allemagne) et cela créerait une dynamique de recherche sur le massage par le décroisement ainsi provoqué.

Au début de son existence, le CNOMK fit cette proposition créant une vive polémique au sein de la profession. Consulté par les instances de tutelle dans le cadre de la réingénierie du diplôme d'Etat, le CNOMK considérant que le diplôme d'Etat devait obtenir le grade universitaire Master et ayant fait le constat que dans le cadre de la réforme européenne LMD la licence correspond à la mise en application de techniques et que le master permet à l'ingénieur en santé d'élaborer et d'évaluer les protocoles mis en œuvre réitéra sa proposition

de voir reconnues les compétences et la formation du Masseur-kinésithérapeute à un niveau d'expert dans le domaine du mouvement et du handicap.

Ainsi devenu un professionnel intermédiaire entre le médecin et des aides chargés de mettre en œuvre les traitements les plus simples, dans l'hypothèse où ce nouveau statut serait reconnu au Masseur-Kinésithérapeute, il faudrait alors résoudre la question de la réalisation des actes simples de rééducation, qui sont actuellement confiés par les directeurs de certains établissements à des aides-soignants ou des STAPS¹⁴⁷⁷ sans qualification appropriée ni contrôle des pratiques. C'est pourquoi l'Ordre suggéra qu'à l'exemple de la reconversion des agents thermaux d'Aix-les-Bains, soit créée une profession salariée d'aide ou d'assistant en kinésithérapie, formée dans les IFMK. Les Masseurs-Kinésithérapeutes pourraient prescrire à ces aides des actes simples, lorsqu'ils choisiraient de ne pas les réaliser eux-mêmes¹⁴⁷⁸.

Cette proposition mal comprise car mal perçue et surtout très mal expliquée fut vite abandonnée¹⁴⁷⁹.

Cependant quelques professionnels diplômés d'Etat ont décidé de remédier aux carences reprochées (massages thérapeutiques, mécaniques, etc.) en créant des centres de formation aux différentes techniques de massage exclusivement réservés aux masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'Etat.

On pourrait également envisagé un rapprochement avec les esthéticiennes pour défendre un patrimoine commun même s'il ne répond pas à la même appellation.

¹⁴⁷⁷ STAPS Sciences et Techniques des Activités Physiques Adaptées

¹⁴⁷⁸ COURATIER René, Précisions du Président du CNOMK, CNOMK, 05 juillet 2010

¹⁴⁷⁹ En 2009, pour pallier au manque de masseurs-kinésithérapeutes diplômés, le CHRU de Dijon a recruté des aides-kinésithérapeutes avec comme objectifs de leur faire exécuter les tâches non-spécifiques et ainsi permettre de canaliser et de recentrer les masseurs-kinésithérapeutes sur leurs compétences spécifiques. par la suite, une amélioration des conditions d'embauche des MKDE ou autorisés à exercer (CDI 6^{ème} échelon) a permis de pourvoir tous les postes de MK vacants. Ipso facto, il n'a plus été nécessaire de renouveler l'expérience. Source : Kiné Actualité, n°1363, jeudi 15 mai 2014, p.6

2. Un rapprochement des masseurs-kinésithérapeutes avec les esthéticiennes pour une défense commune de leurs techniques de massages

Si les kinésithérapeutes avaient vraiment l'envie et la volonté de se réapproprier le massage non thérapeutique ne pourrait-on pas envisager la situation de manière moins corporatiste et se souvenir que les esthéticiennes souhaitent, elles aussi, que les massages ne soient pratiqués que par des professionnels diplômés. Face à l'invasion des « masseurs sauvages » elles ont peut-être plus à perdre que les masseurs kinésithérapeutes. Ne serait-il pas plus sage que les deux professions se rapprochent et constituent un front commun contre les pratiques parfois ahurissantes quand elles ne sont pas dangereuses des masseurs bien être : « prise de conscience corporelle », « éveil sensitivo-musculaire holistique », autant de termes au contenu suffisamment vague pour y inclure tout et n'importe quoi. En 2001, sous la pression de l'opinion publique, les parlementaires avaient pris la mesure de l'emprise de certaines sectes sur une partie du secteur associatif. Différents textes législatifs et réglementaires ont été promulgués visant à sanctionner pénalement les dérives sectaires¹⁴⁸⁰. L'étude approfondie du programme de formation de plusieurs « écoles de massage bien-être », des associations qui les organisent, ainsi que la présence de certaines personnes (organisatrices ou enseignantes) qui y sévissent montrent que le danger est toujours présent et que le mal n'est pas éradiqué.

Pour conclure ce chapitre, nous estimons nécessaire de rappeler que, précédemment, nous avons évoqué le fait que très peu de temps après la naissance de leur profession, les masseurs-kinésithérapeutes ont manifesté le désir de « couper le cordon ombilical » qui les relie au corps médical tout en s'inspirant largement de son organisation comme ce fut le cas très récemment avec la rédaction mimétique d'un Code de déontologie reprenant quasiment à l'identique la structure et les formulations de celui des médecins.

Sans crainte d'être désavoué, nous pouvons affirmer que, paradoxalement, la revendication du monopole du massage par les masseurs-kinésithérapeutes est égale à celle des médecins de la fin du XIXe et du début du XXe siècle en la matière.

¹⁴⁸⁰ C.P. articles 223-15-2 à 223-15-4, Loi n° 2001-504 du 12 juin 2001, art. 19

3. Monopole du massage : Médecins du XIXe siècle - Masseurs-kinésithérapeutes du XXIe siècle, le mimétisme d'une revendication corporatiste

Depuis le XIXe siècle la volonté d'une grande partie du corps médical de s'approprier la maîtrise de la pratique du massage a été à l'origine de nombreuses et violentes querelles montrant l'échec de l'introduction de cette méthode de soins en tant que matière médicale dans un monde professionnel empreint d'un rationalisme majoritairement issu du secteur hospitalo-universitaire.

Nous pensons que l'étude de ces affrontements aussi anciens que passionnés peut apporter un éclairage très intéressant sur les controverses actuelles et les stratégies professionnelles des différents protagonistes de cette querelle. Pour cela nous inspirerons très largement des travaux de recherche de Jacques MONET¹⁴⁸¹ qui, dans sa thèse de doctorat précitée, a expliqué d'une manière remarquable comment la promotion du massage médical portée par des médecins s'étant investis dans cette pratique à un moment capital de la consolidation du champ médical et de ses spécialités et qui cherchaient à se positionner sur la problématique de son exercice et de son enseignement au sein de l'Université a été à l'origine d'une lutte féroce entre ceux-ci et les promoteurs d'un enseignement « libre » au sein d'écoles privées délivrant des diplômes de masseurs formés le plus souvent dirigés par des médecins praticiens. Cette querelle tient au contexte de l'époque et d'une discipline jeune dont la croissance est rapide. L'usage de cette pratique en médecine pose un dilemme car une grande partie du corps médical estimant ces techniques indignes de lui va les délaisser tout en revendiquant une exclusivité de leur pratique. Certains médecins considérant même qu'elles avilissent l'exercice professionnel en « [...] *portant un parfum de charlatanisme parce que le public a été longtemps exploité par des individus ignorants et cupides* [...] »¹⁴⁸². Dès lors, une partie du corps médical va souhaiter obtenir une exclusivité de la pratique du massage à la différence de la gymnastique médicale où les médecins qui y sont favorables ne s'engagent pas dans une spécialisation et ne basent pas une carrière sur ce marché. En 1900 est créée la Société de Kinésithérapie, société savante largement dominée par les médecins promoteurs du massage qui revendiquent son exercice et la création d'un diplôme d'aide masseur organisé au sein de la faculté de médecine et dont le jury serait composé de professeurs d'université. Ils veulent

¹⁴⁸¹ MONET Jacques, p. 449 - 560

¹⁴⁸² POIRIER Jean Pierre « Jean Antoine Chaptal et la création des écoles de santé », In L'Acte de naissance de la médecine moderne de J. BERNARD et coll. Collection les empêcheurs de penser en rond, édition Synthélabo, 1995, p. 88-89

imprimer un caractère médical et thérapeutique à cette discipline. Pour eux la maîtrise des savoirs médicaux et la pratique de ces procédés doivent obligatoirement et exclusivement être réservés à des médecins spécialistes seuls habilités à pouvoir recourir à des aides masseurs dont le contrôle sera facile puisqu'ils ne pourront pratiquer que sous leur contrôle. Pour la SDK seul le massage général hygiénique peut se pratiquer sans ordonnance (et plus spécialement dans les instituts de bain) dans tous les autres cas les masseurs devront être poursuivis pour exercice illégal de la médecine. Cette médicalisation du massage aura une conséquence inattendue en assurant la promotion et l'émergence de masseurs professionnels et de nombreux guérisseurs, rebouteux, magnétiseurs recourant à toutes formes de massage. Alors que ni le médecin ni le masseur ne bénéficient d'une formation officiellement reconnue, médecine savante et médecine populaire ne se complètent plus elles vont s'opposer.

À l'opposé, la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris¹⁴⁸³ va concentrer ses débats sur la protection de la santé publique qui lui semble menacée par les « empiriques ». Ses membres, médecins praticiens masseurs souhaitent la condamnation des aides, des écoles de formation et des médecins directeurs des instituts délivrant les diplômes de capacité d'une branche de la thérapeutique (le massage) qui favorise l'exercice illégal de la médecine. Ils s'inquiètent de l'usage fait par certains masseurs de titres à l'image des médecins, de l'ouverture par ces derniers de cabinet proposant des services comme les médecins. Pour les membres de cette société le comble atteint par différents médecins hospitaliers qui leur envoient des patients ainsi que par certains de ces masseurs pratiquent des honoraires qui sont supérieurs à ceux des médecins ! Face à ces deux institutions médicales on trouve l'École française d'orthopédie et de massage (EFOM) et l'école pratique de massage et de magnétisme, créées toutes deux à Paris en 1895. L'EFOM est une école privée d'orthopédie manuelle et de massage qui est dirigée par un médecin le docteur Archambaud (entrepreneur, syndicaliste, journaliste et contestataire). Elle possède une « clinique » assurant la formation des élèves qui se verront remettre un diplôme d'aide masseur à l'issue d'une formation payante de quelques semaines. Elle édite une revue « *faisant de la réclame* » et surtout fait signer à chaque élève un engagement personnel et individuel de n'exercer que sur ordonnance médicale et sous contrôle médical en ville et stations thermales. L'école pratique de massage et de magnétisme a pour directeur un singulier personnage, le docteur Hector Durville, magnétiseur, auto proclamé professeur et propriétaire d'une « clinique magnétique » qui a

¹⁴⁸³ La Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris est l'une des plus anciennes l'une des plus anciennes société médicale de France puisqu'elle a été fondée le 2 Germinal de l'An IV (22 mars 1796). Source : <http://www.socmedparis.org/>

placé ses activités sous la protection de la loi de l'enseignement supérieur¹⁴⁸⁴. La présence de quelques médecins au sein de cette école renforce sa légitimité. Les professionnels formés, masseurs magnétiseurs, revendiquent la pratique de massages curatifs et de magnétisme. Ils proposent une médecine différente, alternative, en opposition avec la médecine officielle et savante en revendiquant au nom des malades, une médecine en dehors des médecins prodiguée par des personnes se déclarant aptes ou prétendant posséder des dons ayant recours à des méthodes de « traitements » sans médicament ni chirurgie. La relative indigence de traitements efficaces prodigués par la médecine officielle à l'époque va permettre à cette curieuse méthode de bénéficier d'une certaine aura. Il ne faut pas s'étonner si ses membres vont revendiquer la modification de la loi de 1892 portant sur l'exercice de la médecine¹⁴⁸⁵. Le point d'orgue de ces débats aura lieu lors du Congrès sur la répression de l'exercice illégal de la médecine qui va se tenir à Paris du 28 au 31 mai 1906 dans le but de tenter de limiter l'exercice illégal de la médecine par « *les barbiers, les coiffeurs, les herboristes, les bandagistes, les pharmaciens, les gardes malades, infirmiers et panseurs et les masseurs* ». (cf. infra in Monet Jacques, p. 550)

VI

Exercice illégal de la Massothérapie. (Ce qu'il est; ses dangers; remèdes possibles). — Les Écoles de Massage. (Ce qu'elles sont; ce qu'elles devraient être).

RAPPORT PRÉSENTÉ PAR

M. LE D^r RENÉ MESNARD

Ancien interne de l'Assistance publique de Paris, à Bercy-sur-Mer
Président de la Société de Kinésithérapie de Paris

Le massage est une des formes de la thérapeutique que, de tout temps, l'empirisme a considéré comme son domaine. Autrefois, les médecins ne cherchaient pas trop à le lui disputer, à condition qu'il s'y cantonnât, car, eux-mêmes ignoraient tout le parti qu'on en pouvait tirer. Ce n'est que depuis que la massothérapie s'appuie sur des bases scientifiques, depuis que les procédés en ont été précisés et les indications mieux connues, que les médecins ont songé à revendiquer pour eux l'application de cette branche de la thérapeutique. Non pas qu'ils aient, en ce faisant, vu leur unique intérêt matériel, ce qui, jusqu'à un certain point, ne serait que justice; c'est aussi, qu'en étudiant mieux le massage et en le rendant scientifique, ils ont montré, en même temps que le parti qu'on peut tirer de pratiques manuelles appliquées avec discernement, tout le danger qu'il y a à laisser des gens ignorants ou insuffisamment préparés, user de manœuvres qui,

Au cours de ce congrès des désaccords vont apparaître entre les membres de la SDK et ceux de la SMCPP.

¹⁴⁸⁴ Loi du 12 juillet 1875 relative à l'enseignement supérieur, JORF du 28 février 1875

¹⁴⁸⁵ Pétition présentée par un député médecin, appuyée par 42 autres, recouvertes de 240.000 signatures. Elle est déposée sur le bureau de la Chambre en 1898. Vise l'art. 16 de la loi de 1892 pour que « *les pratiques du massage et des magnétismes soient permises à toutes les personnes aptes à le faire, dans le but de soulager ou de guérir leurs semblables* » - proposition représentée en 1902

Les premiers plaçant le massage thérapeutique au niveau du diagnostic médical, ce qui le réserverait aux seuls docteurs en médecine, se proposent de combattre par tous moyens le diplôme qui permettrait à ses possesseurs une reconnaissance de l'autorisation d'exercer la médecine, d'assurer une fonction spécifique et de s'organiser en profession. Pour les seconds, essentiellement des médecins praticiens parisiens, la formation d'aides masseurs est inacceptable car elle représente un danger pour le monopole de la médecine dans la mesure où aucune autre profession n'initie les profanes à l'exercice de son activité. Pour eux, inéluctablement, cela aboutira à la production de pseudos médecins et à une extension de l'exercice illégal de la médecine. Le massage étant une activité thérapeutique, sa pratique doit être réservée aux médecins qui pourront ainsi en tirer « *un honorable profit* » source de revenus supplémentaires. Cependant les protagonistes prenant conscience qu'ils ne sont pas majoritaires, surtout dans l'opinion publique, vont se retrouver autour de propositions communes qui aboutiront à terme à la formation d'auxiliaires spécialisés formés par le corps médical.

In fine, « *l'histoire est un perpétuel recommencement* »¹⁴⁸⁶. Au début du XXe siècle, les médecins sous couvert de ce qui n'était pas encore qualifié de « sécurité des patients » en s'appropriant l'exclusivité du massage menèrent un combat corporatiste destiné à protéger leur monopole professionnel récemment acquis. En 1900¹⁴⁸⁷, alors qu'il n'y avait que 16 845 médecins en France, le corps médical manifestait une grande inquiétude pour son avenir, redoutant un encombrement de la profession et la pléthore médicale¹⁴⁸⁸ synonyme de baisse de revenus et de paupérisation de la profession.

Il en est de même, aujourd'hui pour les masseurs-kinésithérapeutes qui, confrontés à une démographie professionnelle galopante¹⁴⁸⁹ manifestent le même réflexe malthusien d'autant plus que depuis la fin des années 1970, les mesures prises par les pouvoirs publics pour

¹⁴⁸⁶ THUCYCLIDE, Historien grec du Vème siècle avant JC, L'histoire de la guerre du Péloponnèse. Source : www.mon-poeme.fr/citations-thucydide/

¹⁴⁸⁷ En 1900, on comptait 1 médecin pour 2282 habitants contre 1 pour 308 habitants en 2010. Source : La Gazette des communes, des départements et des régions, « La démographie médicale et paramédicale », collection documents, cahier détaché, n°2, 37/2047, 4 octobre 2010, p. 5

¹⁴⁸⁸ L'encombrement de la profession médicale. Causes, résultats, remèdes par le Dr Gouffier, Le Concours Médical, n°45 du 10 novembre 1900. Source : La Gazette des communes, des départements et des régions, « La démographie médicale et paramédicale », collection documents, cahier détaché, n°2, 37/2047, 4 octobre 2010

¹⁴⁸⁹ On dénombrait 50 835 MK en 1996 et 71 695 en 2010 soit une progression de 2,32% du nombre de nouveaux professionnels qui depuis 1996 arrivent sur le marché du travail. Source : pour 1996 : Statis 1997, pour 2010 : Adeli/Observatoire de la FEHAP et CNOP, Source : La Gazette des communes, des départements et des régions, « La démographie médicale et paramédicale », collection documents, cahier détaché, n°2, 37/2047, 4 octobre 2010

réduire les dépenses de santé et notamment la valeur de leur lettre-clef depuis plus d'un quart de siècle ont entraîné une baisse régulière, continue et significative des revenus des masseurs-kinésithérapeutes depuis 44 ans comme nous le montrent les tableaux infra.

Date /revalorisation	Valeur lettre clef	Date /revalorisation	Valeur lettre clef
1970		1991	
- 1 ^{er} mai	3,95 frs.	- 14 mai	11,55 frs.
1980		1994	
- 1 ^{er} janvier	7,10 frs.	- 20 mai	12,20 frs.
- 15 février	7,40 frs.	- 1 ^{er} décembre	12,50 frs.
- 15 juillet	7,75 frs.	1995	
1981		- 1 ^{er} octobre	12,75 frs.
- 1 ^{er} avril	8,20 frs.	1997	
- 15 juillet	8,55 frs.	- 1 ^{er} octobre	13,00 frs.
1982		1998 (20 juin)	
- 15 décembre	9,20 frs.	- 20 juin	13,30 frs.
1983		1999 (25 octobre)	
- 16 février	10,00 frs.	- 25 octobre	13,40 frs.
1984		2000 (03 août)	
- 15 juin	10,45 frs.	- 03 août	13 frs.
1986		2002	
- 1 ^{er} janvier	10,80 frs.	- 15 juillet	2,04 €
- 15 février	10,95 frs.	2013	
1988		- 15 juillet	2,15 €
- 09 mars	11,55 frs.		

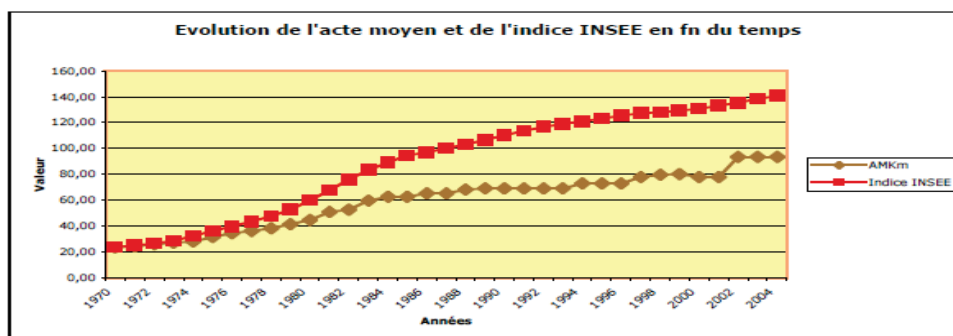
*Évolution de la valeur de la lettre clef des masseurs-kinésithérapeutes
(Source : SNMKR, Commission statistiques, Stéphane MOULINS)*

Toute aussi intéressante, l'étude de l'évolution de la valeur de l'acte moyen des masseurs-kinésithérapeutes¹⁴⁹⁰ (AMS 7.5) par rapport à l'évolution du coût de la vie à l'évolution de la lettre clef des médecins généralistes. Les deux graphiques suivants, réalisés en 2005 par Stéphane MOULINS, responsable de la commission statistiques du syndicat SNMKR¹⁴⁹¹ sont plus éloquents qu'un long discours !

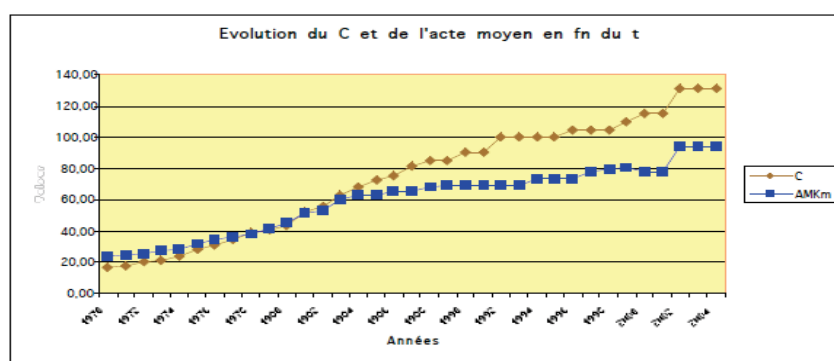
Le premier graphique correspond à l'évolution d'un acte moyen sur une période de 34 ans (1970-2004). La courbe rouge représentant l'évolution de l'indice des prix de l'INSSE. On peut constater que si la valeur de la lettre-clef des masseurs-kinésithérapeutes avait progressé parallèlement à la valeur de l'indice des prix de l'INSSE, en 2004 sa valeur serait de 3,07 euros et non pas de 2,04 € ce qui représente une dépréciation d'environ 50,55 %.

¹⁴⁹⁰ La valeur de l'acte moyen réalisé par un masseur-kinésithérapeute correspond à une séance de rééducation d'une articulation ou du rachis qui est cotée AMS 7.5. L'AMS est la lettre-clef des actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectuées par le masseur-kinésithérapeute. L'autre lettre-clef est l'AMK qui correspond aux actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade.

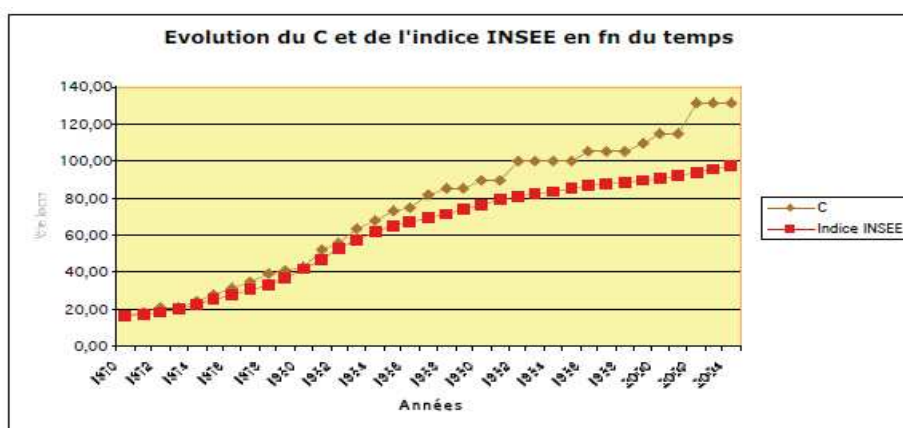
¹⁴⁹¹ Le livre blanc de la kinésithérapie, SNMKR, mars 2005



Le second graphique est non moins intéressant. Il traduit l'évolution de la lettre clef des masseurs-kinésithérapeutes avec celle des médecins généralistes.



On constate que, si pendant plusieurs années les deux lettres-clefs ont évolué quasiment à l'identique, à partir de la fin des années 1970, le « C » s'est envolé par rapport à l'AMK., la valeur de la lettre-clef des médecins généralistes progressait à un rythme supérieur que l'indice du pouvoir d'achat de l'INSSE, comme nous le démontre le graphique ci-dessous !



Si la valeur de la lettre-clef des masseurs-kinésithérapeutes avait suivi la même évolution que celle des médecins généralistes, sa valeur en 2004 serait de 4,14 euros soit plus du double de sa valeur actuelle (2,15 €).

À n'en pas douter, c'est essentiellement ce facteur économique qui a motivé et motive toujours les masseurs-kinésithérapeutes dans leur volonté de préserver un monopole qui leur a échappé depuis des années et dont ils n'ont, pour l'immense majorité, pas encore pris conscience.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

Depuis bientôt 60 ans la profession de masseur-kinésithérapeute a vu la tutelle médicale s'estomper ce qui lui a notamment permis de voir aboutir la vieille revendication d'une troisième année d'étude. Par la suite, elle a été contrainte par les règles destinées à harmoniser l'organisation des différentes professions paramédicales. Elle a également été tributaire de choix politiques qui, en restreignant l'accès à la première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat a incité un nombre sans cesse croissant de jeunes français et français à franchir les frontières pour aller se former au sein de différents États membres de la Communauté européenne et revenir exercer sur le territoire national après avoir obtenu la validation de leur diplôme. Parallèlement, le même pouvoir politique ayant été contraint de transposer en droit interne les directives relatives à la reconnaissance des qualifications professionnelles a permis à moult ressortissants communautaires usant de la libre circulation des personnes et des services, de venir exercer en France après avoir, eux aussi, fait valider leur diplôme.

La profession, après de multiples péripéties qu'il n'était pas en son pouvoir de maîtriser est enfin dotée d'un Conseil de l'Ordre qui lui permet désormais d'être mieux écoutée par les autorités de tutelle.

L'évolution de la société en matière de mœurs a été le facteur déterminant de la perte du monopole du massage revendiqué avec force par des masseurs-kinésithérapeutes dont la majorité d'entre eux avaient depuis longtemps délaissé cette pratique qui leur semblait désuète et dévalorisante.

Conclusion générale

La profession de masseur-kinésithérapeute est née au milieu du XX^e siècle du mariage imposé par le législateur aux masseurs médicaux et aux gymnastes médicaux, deux groupes professionnels ayant en commun d'être issus de pratiques et de savoirs ancestraux, profanes et empiriques mais que bien des éléments différenciaient. Les masseurs médicaux initialement sous la double tutelle infirmière et médicale, après avoir progressivement obtenu une reconnaissance professionnelle leur ayant permis d'acquérir une totale indépendance par rapport au monde infirmier restaient totalement asservis au pouvoir médical, ayant dû à plusieurs reprises prêter serment d'allégeance au corps médical pour parvenir à exister officiellement. Les origines militaires puis scolaires des gymnastes médicaux ne pouvaient qu'accentuer les différences vis-à-vis des masseurs médicaux. Ces professionnels de la gymnastique bénéficièrent de l'organisation mise en place au fil des ans pour remplacer la gymnastique à finalité militaire prônée au début du XX^e siècle par les tenants de l'École de Joinville pour faire des « bons soldats » qui laveraient l'affront de la défaite de 1871 et participeraient à la reprise de l'Alsace et de la Lorraine par une gymnastique devenue scolaire et médicale ayant pour objectifs de remédier aux conséquences de la malnutrition et du manque d'hygiène. C'est pour cela que ces professionnels majoritairement issus des rangs des enseignants de l'École publique furent sous la tutelle du ministère de l'Éducation nationale avant d'être sous celle du ministère de la Santé.

« *Dura lex, sed lex* ». La loi est dure mais c'est la loi. Les membres de ces deux groupes professionnels furent obligés de cohabiter, d'accepter leurs différences (scolaires, professionnelles, sociales) d'autant plus qu'à l'exclusivité de la gymnastique médicale, une particularité sociologique incita le législateur à confier à cette nouvelle profession un monopole légal du massage. Désireux d'évoluer professionnellement, les représentants professionnels manifestèrent très tôt la volonté d'obtenir un allongement du cursus scolaire ainsi qu'une refonte du programme des études préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute pour tenir compte de l'évolution du domaine de compétence lié aux progrès de la médecine.

Pendant près d'un quart de siècle le corps médical a imposé un véritable diktat qui paralysera toutes les velléités émancipatrices. Il faudra la conjonction de deux éléments, a priori indépendants l'un de l'autre mais en fait intimement liés, pour que cette « dictature » médicale s'estompe. À savoir la reconnaissance officielle d'une spécialité de médecine

physique assurant au corps médical, du moins en secteurs hospitalier et salarié, un contrôle total de la masso-kinésithérapie et de ses agents associés à la création de moult néo-professions dans le domaine de la rééducation (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, etc.) favorisée grâce à la bienveillante attention des médecins. À compter de là, l'évolution de la masso-kinésithérapie s'est inscrite dans un vaste corpus de règles normatives d'essence administrative visant à organiser à l'identique l'ensemble des professions paramédicales.

Une des caractéristiques de la profession de masseur-kinésithérapeute est d'avoir été, en différentes occasions, le jouet de circonstances politiques. L'instabilité gouvernementale en 1937 a empêché la création officielle d'une profession de masseurs médicaux, l'amorce de la reconnaissance des droits de la femme à la Libération ayant eu pour conséquence la fermeture des maisons de tolérance a indirectement été à l'origine du monopole légal du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes, les bouleversements politiques liés au mouvement de contestation des étudiants en 1968 ont favorisé la reconnaissance d'une troisième année d'études. Les différentes alternatives politiques depuis l'élection de François MITTERRAND et l'arrivée au pouvoir d'un gouvernement de Gauche en 1981 ont eu pour conséquence de perturber l'évolution attendue de cette profession. S'il n'y avait qu'un exemple à donner, celui pathognomonique, de la mise en place contrariée à de multiples reprises de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Et en la matière l'avenir est plus qu'incertain et nous pouvons légitimement nous interroger sur la fragilité de l'existence des ordres paramédicaux au premier chef desquels celui des masseurs-kinésithérapeutes.

Un autre sujet d'inquiétude est l'émergence de nouvelles professions qui viennent, une fois de plus, empiéter dans le domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes et qui obtiennent une reconnaissance progressive mais inéluctable par les pouvoirs publics.

Attendus avec défiance et appréhension par les masseurs-kinésithérapeutes trois textes réglementaires relatifs à la formation en ostéopathie¹⁴⁹² ont été récemment publiés le 14 décembre 2015.

Pour les autorités de tutelle (ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, ministère et secrétariat d'État à l'enseignement supérieur et à la recherche) le nouveau cadre réglementaire est la concrétisation de la réforme de la formation initiée en

1492 Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie, JORF du 14 décembre 2014, p. 21042; Arrêté du 12 décembre 2014, relatif à la formation en ostéopathie, JORF du 14 décembre 2014, p. 21046 ; Arrêté du 12 décembre 2014 relatif aux dispenses d'enseignement susceptibles d'être accordées en vue de la préparation au diplôme permettant d'user du titre d'ostéopathe, JORF n°0289 du 14 décembre 2014 p. 21048)

l'espèce au mois d'avril 2013 « *visant à renforcer l'encadrement de la formation en ostéopathie pour harmoniser et améliorer la qualité des formations dispensées. [II] contient des critères d'agrément plus exigeants, avec lesquels tous les établissements devront se mettre en conformité pour la rentrée de septembre 2015* ».

En effet, plusieurs rapports publics avaient souligné la préoccupante hétérogénéité de la qualité de la formation ainsi que l'encadrement insuffisant des conditions d'agrément des écoles¹⁴⁹³. La réforme de l'enseignement et de la formation en ostéopathie avait été initiée par un précédent décret¹⁴⁹⁴. Sur la base du nouveau référentiel d'activités et de compétence des ostéopathes, élaboré de manière conjointe par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de la femme et celui de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche¹⁴⁹⁵ le décret n° 2014-1505 en fixant la durée des études d'ostéopathie à 4 860 heures réparties sur cinq années, celle de la formation théorique et pratique à 3 600 heures et de la formation clinique encadrée de 1 500 heures incluant 150 consultations complètes et validées a provoqué l'ire des masseurs-kinésithérapeutes.

Pour comprendre la colère des masseurs-kinésithérapeutes, il faut savoir que la durée de leurs études (toujours officiellement reconnues comme bac +2 à ce jour) est de 3 500 heures réparties sur 3 ans (admission avec concours) ou 4 ans (1^{re} année PACES). Les nouvelles normes imposées en matière de formation à l'ostéopathie dispensent les masseurs-kinésithérapeutes de 144 heures sur les 150 heures du module 3 (sciences humaines, sciences sociales, gestion et droit) et de 156 heures sur les 168 heures du module 6 (méthodes et outils de travail). Pour pouvoir se présenter comme masseur-kinésithérapeute-ostéopathe, le professionnel ayant effectué une scolarité en 3 ans devra effectuer un total de 1 892 heures supplémentaires (modules 3/ 16 heures, module 6/ 12 heures, 1 252 heures sur les 3 040 heures exigées au titre des autres modules, 300 heures de pratique clinique, 300 heures de consultations complètes et validées /150 consultations et enfin 12 heures pour le mémoire). Celui qui aura opté pour une première année PACES et qui aura donc effectué sa scolarité en 4 ans va bénéficier d'un bonus de... 58 heures par rapport au cas de figure précédent ! En sus

1493 DURAFOURG Michel, VERNEREY Michel, le dispositif de formation à l'ostéopathie, IGAS, RM2010-030P, avril 2010, p. 4 ; BARRY Caroline, FALISSARD Bruno, Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie, INSERM U669, 30 avril 2012, p. 2

1494 Décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie, JORF du 14 septembre 2014, p. 15123

1495 Bulletin Officiel Santé protection sociale solidarité, n° 2014/11, 15 décembre 2014, p. 221-227

des 620 heures non dispensées (modules 3 & 6, pratique clinique, consultation, mémoire) il devra effectuer 1 834 heures sur les 3 040 heures des autres modules.

Avant la mise en place de ces nouvelles normes, pour devenir ostéopathe l'enseignement était réparti sur 2 660 heures se décomposant en 1 435 heures de sciences fondamentales et 1 225 de pratique. Les masseurs-kinésithérapeutes avaient l'obligation d'effectuer une formation complémentaire de 1 225 heures. Désormais, un ostéopathe non professionnel de santé sera diplômé en 4 860 heures. Pour un masseur-kinésithérapeute, dans le premier cas (études en 3 ans) il lui faudra 4 860 heures (3 500 + 1 892) ou (étude en 4 ans à la condition qu'il ait obtenu la moyenne à l'issue de l'année PACES) 5 334 heures (3 500 + 1 834). In fine, par rapport à l'ancienne réglementation, le différentiel d'heures désormais exigées est de 2 200 heures pour les ostéopathes non professionnels de santé (4 860 heures / 2 660 heures), de 667 heures (1 892 heures / 1 225 heures) ou de 609 heures (1 834 heures / 1 225 heures).

Dès le 17 décembre 2014, la Fédération Française des masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs prenait la décision de déposer un recours en Conseil d'État afin d'obtenir l'annulation des textes précités « *dans la mesure où ces derniers ne sont pas conformes aux intérêts des masseurs-kinésithérapeutes.* »¹⁴⁹⁶ En effet, les nouveaux textes excluent à terme la possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes de poursuivre une formation en ostéopathie par la voie de l'alternance ou de la formation professionnelle continue. En la matière, les masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas les seuls professionnels de santé à contester ces nouvelles dispositions mais ils sont en première ligne pour en pâtir. L'Union Nationale des Professions de Santé avait au mois de septembre 2014 exprimé le refus des professionnels de santé de voir se créer une « *'pseudo-profession'* intermédiaire de première intention dans le paysage de santé français ». Le principal grief exprimé étant que cette « pseudo-profession » n'a pas de champ d'exercice propre et n'est pas une profession de santé. D'autre part, la cohabitation de professionnels de santé et de non-professionnels de santé ayant des champs de compétence et des réglementations différents est de nature à induire une opacité favorisant l'exercice illégal de la médecine et à tromper les consommateurs sur la compétence et les obligations du praticien consulté. L'UNPS soulignant que toute passerelle automatique permettant à un ostéopathe non professionnel de santé d'exercer une profession de santé était exclue rappelait son opposition à la présence d'ostéopathes non professionnels de santé au sein des hôpitaux et autres structures médicales.

1496 FFMKR, Circulaire S-2014-070, 17 septembre 2014

Pour prendre conscience de l'ampleur de l'inquiétude des masseurs-kinésithérapeutes il nous faut faire un bref rappel de la mise en place de cette nouvelle profession relative à la santé.

Importée des États-Unis par quelques masseurs-kinésithérapeutes dès le milieu du XX^e siècle l'ostéopathie, présentée comme une nouvelle technique de thérapie manuelle a rapidement bénéficié d'un large engouement tant de la part des professionnels de santé que du public. Cependant, n'oublions pas que depuis la nuit des temps des soigneurs empiriques pratiquaient à leur manière cette forme de thérapie. On peut citer le nom du plus célèbre d'entre eux en Languedoc, Pierre Brioude (1832-1907) dit Pierrounet qui exerça son art à Nasbinals pendant plus d'un demi-siècle et dont la renommée attirait des patients venants d'outre-Atlantique ! Jusqu'en 1960, l'absence de texte réglementaire permettait aux masseurs-kinésithérapeutes de pratiquer tous les traitements dits d'ostéopathie (... à la double condition de ne pas les faire précéder d'un diagnostic fut-il ostéopathique et de pratiquer sur prescription médicale). L'article 2 de l'arrêté du 21 décembre 1960¹⁴⁹⁷ va bouleverser cette tolérance en réservant aux seuls docteurs en médecine « *toute mobilisation forcée des articulations [...] ainsi que toutes manipulations vertébrales et d'une façon générale tous les traitements dits d'ostéopathie [...]*. Cette disposition sera de constante manière énoncée par les différents arrêtés qui se succéderont en l'espèce et notamment par l'arrêté du 6 janvier 1962¹⁴⁹⁸ très souvent présenté, à tort, comme étant à l'origine de cette prohibition.

Malgré cela, l'aura de cette technique ne va cesser de se développer comme le contentieux entre docteurs en médecine et masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes qui sont de plus en plus nombreux.

Il faudra attendre l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 pour que satisfaction soit donnée à une longue revendication ayant abouti à la reconnaissance du titre d'ostéopathe¹⁴⁹⁹. Cette reconnaissance législative autorise l'exercice de la profession, sans être titulaire du diplôme de docteur en médecine, à tous les détenteurs d'un diplôme sanctionnant un cursus scolaire spécifique délivré par un établissement de formation agréé par le ministre en charge de la santé.

1497 Arrêté du 21 décembre 1960 Liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux, JORF du 28 décembre 1960, p. 11954

1498 Arrêté du 6 janvier 1962 (Liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales, JORF du 1er février 1960, p. 1111)

1499 DUBOUIS Louis, Ostéopathie ou chiropraxie : création d'un diplôme donnant accès à la profession, RDSS, n° 2, juin 2002, p. 259)

À compter de cette date, le nombre d'écoles délivrant un diplôme d'ostéopathe va exploser (en 2002 la DHOS avait recensé 14 écoles d'ostéopathie. De l'aveu même de l'administration, entre 2003 et 2006 de très nombreuses écoles se sont créées sans qu'il soit possible de les recenser avec précision !) ce qui aura pour conséquence d'entraîner une fulgurante inflation de néoprofessionnels qui vont rapidement saturer le marché potentiel de ce type de traitement. Et comme de coutume quantité et qualité ne faisant pas bon ménage, les enseignements dispensés et par conséquent les diplômes délivrés ne seront pas de la même valeur, le pire côtoyant le meilleur.

L'absence de consensus entre les différents acteurs (médecins, masseurs-kinésithérapeutes), l'inexistence de référentiel précis des actes d'ostéopathie et surtout la très vis opposition des représentants des ostéopathes non professionnels de santé, surreprésentés dans cinq organisations professionnelles dont trois reconnues représentatives mais fonctionnant comme un véritable « lobby » étaient, et le sont toujours d'ailleurs, farouchement opposées à ce que l'ostéopathie puisse être exercée par d'autres professionnels non-ostéopathes exclusifs vont être à l'origine des très grandes difficultés rencontrées par les pouvoirs publics pour édicter des règles relatives à l'exercice et à la formation des ostéopathes. En effet, aucune instance officielle n'a été en mesure de définir de manière consensuelle ce qu'est l'ostéopathie. La Haute Autorité de Santé est restée muette sur le sujet (elle n'a toujours pas retrouvé la parole en la matière) et l'Académie de médecine, mais doit-on s'en étonner, a exprimé ses plus vives réserves en l'espèce¹⁵⁰⁰.

Devant l'inertie manifestée par les pouvoirs publics à promulguer les textes réglementaires organisant la formation et l'exercice de la profession, le syndicat national des ostéopathes de France se tourna vers le Conseil d'État¹⁵⁰¹ qui va enjoindre au Premier ministre de prendre les décrets d'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relatif à la profession d'ostéopathe dans un délai de six mois à compter de la notification de la présente décision. Après bien des vicissitudes, les textes tant attendus seront publiés à la fin du premier trimestre de l'année 2007. Deux décrets réglementant l'exercice professionnel¹⁵⁰² ainsi que la formation

¹⁵⁰⁰ Académie de médecine, Communiqué « Ostéopathie et Chiropraxie, Académie nationale de médecine, Bulletin, tome 190, n° 1, p. 221, janvier 2006

¹⁵⁰¹ CE, 119 mai 2006, n° 280702 & 287514, mentionné dans les tables du recueil Lebon

¹⁵⁰² Décret n° 2007- 435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, JORF du 27 mars 2007, p. 5662)

et l'agrément des écoles d'ostéopathie¹⁵⁰³. Ils seront accompagnés par deux arrêtés publiés le même jour. Le premier relatif aux études¹⁵⁰⁴ et le second à la formation¹⁵⁰⁵.

Le Gouvernement n'en aura pas fini avec le mécontentement des uns et des autres qui va contribuer à enrichir la jurisprudence administrative en la matière. Les membres des professions de santé réglementées n'admettant pas que d'autres praticiens empiètent sur ce qu'ils considèrent comme étant une partie de leur domaine de compétence obtiendront partiellement gain de cause, le Conseil d'État « *considérant [...] qu'il résulte de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 précité que les ostéopathes à titre exclusif, qui n'ont pas le statut de profession médicale tel que défini par les livres I et III de la quatrième partie du code de la santé publique, ne sont pas placés dans une situation identique à celle des professionnels de santé* »¹⁵⁰⁶.

Les ostéopathes exclusifs, ni docteur en médecine et ni professionnel de santé exigeant l'exclusivité de ces pratiques vont tenter de faire annuler les textes vont être contestés. Pour obtenir gain de cause, ils ne déposeront pas moins de trois référés suspensions sur le bureau du greffe du Conseil d'État. Tous seront rejetés par deux ordonnances du Conseil d'État en date du 7 mai 2007¹⁵⁰⁷ et une ordonnance du 9 mai 2007¹⁵⁰⁸.

Le contentieux entre ces deux professions va croître parallèlement au nombre d'instituts de formation en ostéopathie et de facto au nombre de diplômes délivrés. Alors qu'avant la reconnaissance du titre d'ostéopathe par l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 on répertoriait à peine plus de dix écoles de formation à l'ostéopathie accueillant des non-médecins, on dénombre à ce jour 24 établissements agréés dispensant une formation en ostéopathie ouverte aux non-titulaires d'un quelconque diplôme, 21 établissements agréés dispensant une formation en ostéopathie réservée aux professionnels de santé réglementés et 14 diplômes interuniversitaires de médecine manuelle - ostéopathie, réservées aux médecins. Hors

¹⁵⁰³ Décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation, JORF n° 73 du 27 mars 2007, p. 5665

¹⁵⁰⁴ Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la composition du dossier et aux modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation prévues pour les ostéopathes par le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, JORF n° 73 du 27 mars 2007, p. 5686

¹⁵⁰⁵ Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires, JORF n° 73 du 27 mars 2007, p. 5687

¹⁵⁰⁶ CE, 23 janvier 2008, n° 304478 ; CE, 17 novembre 2010, n° 332771

¹⁵⁰⁷ CE, juge des référés, 7 mai 2007, n° 304554 & 304 556

¹⁵⁰⁸ CE, juge des référés, 9 mai 2007, n° 304558

formations universitaires exclusivement réservées aux médecins, en 2014, on estime à 11 000 le nombre d'étudiants et à un peu plus de 2 500 celui des diplômes délivrés.

La démographie galopante de cette profession a rapidement saturé le marché. En 2002 la DRESS répertoriait 4 000 ostéopathes. Elle en comptabilisait 17 404 en 2012. Selon le Registre des Ostéopathes de France qui a signé une convention en ce sens avec la DRESS, en 2010 la France comptait 11 608 praticiens en ostéopathie et 20 134 en 2014. Parmi ceux-ci, en 2010, 5 342 étaient ostéopathes à titre exclusif et 4 960 masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes. Ils étaient respectivement 12 249 et 7 539 en 2014.

La France a le « privilège » d'être le pays le plus richement doté en ostéopathes. Au 31 décembre 2012, L'OIA estimait à 87 850 le nombre d'ostéopathes exerçant dans le monde dont 43 000 hors États-Unis. Parmi ces pays, la France arrive largement en tête devant L'Allemagne, l'Italie, le Royaume-Uni, l'Australie.... Les écoles d'ostéopathie nord-américaine ont accueilli 14 409 étudiants à la rentrée 2006 et 21 741 en 2012. Dans le reste du monde, en 2012, les écoles d'ostéopathie accueillirent 14 750 étudiants dont 10 000 en France ! (Osteopathic International Alliance (OIA) Status Report, Osteopathy and Osteopathic Medicine : A Global View of Practice, Patients, Education and the Contribution to Healthcare Delivery, 2013, p. 18).

L'avenir nous dira si les craintes des représentants professionnels des masseurs-kinésithérapeutes s'avèrent fondées, à savoir une reconnaissance au niveau master 2 du diplôme d'ostéopathe et une exclusion des masseurs-kinésithérapeutes du champ de l'ostéopathie par la mise en place de conditions de formation interdisant la formation en alternance interdisant de facto aux professionnels diplômés de pouvoir se former à l'ostéopathie.

Il n'est pas superfétatoire de rappeler que la profession de masseur-kinésithérapeute, créée en 1946 a attendu plus de vingt ans pour obtenir une troisième année d'études (1969) et attend toujours près de soixante-dix ans plus tard la reconnaissance universitaire de sa formation et la possibilité d'un accès direct des patients redevables de la masso-kinésithérapie. Elle juge inique le fait qu'une profession relative à la santé, au nébuleux domaine de compétence ait pu en moins de sept ans obtenir cinq années d'études et un accès direct des patients. Il est vrai que les ostéopathes passés maîtres dans l'art du lobbying ont su habilement « manipulés » les pouvoirs publics. Les formations sont privées. Elles ne coûtent pas chères à l'État. Les soins ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Ils ne coûtent pas chers à la « Sécurité sociale».

En la matière, on peut citer également la lente progression des titulaires d'un master des Sciences et Techniques des Activités Physiques - mention Activités Physiques Adaptés qui investissent le secteur de l'éducation à la santé, de la prévention, de la prise en charge des pathologies chroniques et qui sont de plus en plus présents dans le secteur de la gériatrie notamment au sein des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes. Tous ces secteurs d'intervention sont autant de domaines de compétence du masseur-kinésithérapeute. Là encore, en l'espèce la prise en charge n'étant pas assurée par l'Assurance maladie mais par les collectivités locales, ce sont autant de parts de marché que les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés et tenus par un paiement à l'acte de leur activité voient s'éloigner... définitivement ?

L'inflation législative et réglementaire qui prospère depuis près de 30 ans constatée par tout un chacun qu'il soit simple citoyen ou professionnel de la politique a également contribué à troubler l'évolution professionnelle. Là encore, pour expliciter notre propos, nous pouvons prendre comme exemple caricatural la réforme des études, attendue dans le cadre du processus de Bologne (Licence, master, Doctorat) par la profession, envisagée au niveau « bac + 2 » (Brevet de technicien Supérieur) voire Licence professionnelle par les pouvoirs publics.

Pour complexifier le tout, les différentes politiques de santé menées par les différents gouvernements ont contribué à obscurcir le paysage dans la mesure où les grandes lois de santé votées au cours des dix dernières années ne l'ont pas forcément été en cohérence les unes avec les autres.

Dans le même temps, la société française s'est transformée. Au « baby-boom » des années 1950 a succédé le « mamy-boom » des années 2000. Le masseur-kinésithérapeute spécialiste de la restauration du mouvement perturbé chez des sujets jeunes ou qui le sont encore est le plus souvent devenu le thérapeute de la mobilité appauvrie et de la marche défaillante chez des patients plus ou moins désorientés. L'évolution des mœurs, le regard porté sur la nudité, le corps, la recherche du bien-être ont fait voler en éclat le monopole légal du massage que les masseurs-kinésithérapeutes pensaient inscrit dans leur compétence de manière irréfragable car faisant partie du cœur de leur métier. En fait, a y bien regarder, à la conception monolithique du massage de 1946 a succédé une approche différenciée que l'on doit à une évolution jurisprudentielle faisant la part entre le massage thérapeutique, apanage incontesté des masseurs-kinésithérapeutes, et les massages non thérapeutiques pouvant être pratiqués sous forme de modelage à visée esthétique par les esthéticiennes diplômées et les massages dits de

confort qui peuvent l'être par tout un chacun (e) en tous lieux et toutes circonstances même les plus scabreuses. Dans le même esprit, nos concitoyens privilégiant une approche thérapeutique moins mécanique et cartésienne de leurs problèmes ostéo-articulaires ont progressivement délaissé les cabinets de masso-kinésithérapie pour accorder une confiance que nous pouvons qualifier de divinatoire aux ostéopathes et autres chiropracteurs. L'engouement vis-à-vis de ces techniques manuelles et de l'approche globale de ces praticiens étant tel que le Gouvernant a été obligé d'organiser leur exercice professionnel au grand dam des masseurs-kinésithérapeutes qui s'estiment, encore une fois, spoliés alors qu'en la matière ils ont été les principaux acteurs de cette situation. Les précurseurs de ces deux techniques anglo-saxonnes étaient des masseurs-kinésithérapeutes de formation dotés d'un réel et très grand savoir-faire. En y associant un non moins incontestable et talentueux faire-savoir commercial ils finirent par obtenir la reconnaissance de nouvelles professions relatives à la santé.

Ces quelques énonciations pourraient nous inciter à penser que l'avenir professionnel de la masso-kinésithérapie ne s'annonce pas sous les meilleurs auspices. Tel n'est pas notre sentiment car depuis peu la profession est le théâtre d'une profonde remise en cause. Les étudiants qui constituent le creuset d'excellence du futur de la profession se sont fédérés au sein d'une fédération (Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie) dynamique, constructive et reconnue tant par les syndicats professionnels que par les pouvoirs publics comme une référence incontournable. C'est nouveau et c'est bien. L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes après quelques aléas existentiels liés à sa jeune existence a pris la mesure des enjeux et joue son rôle de représentant et de défenseur de la profession. Interlocuteur unique en la matière auprès des pouvoirs publics et du monde politique il peut peser sur certaines décisions et projets en gestation. Pour s'en convaincre il n'y a qu'à se remémorer les succès en matière de défense de l'institution ordinaire lorsque par deux fois celle-ci était menacée de disparition ou le rôle décisif que l'Ordre a joué pour obtenir l'obtention d'une nouvelle définition du cadre juridique d'exercice de la profession via la réécriture de l'article L.4321-1 CSP.

À ce jour, le monde des professionnels de santé en général et des masseurs-kinésithérapeutes en particulier est en pleine mutation. Mutation liée à l'évolution des techniques de soins, mutation liée à la pratique des soins mais aussi mutation liée à des contraintes législatives et réglementaires d'origine budgétaires qu'il ne nous appartient pas, pour ces dernières, de juger dans le cadre de ce travail. Actuellement, un projet de loi dit « *de modernisation de notre*

système de santé »¹⁵⁰⁹, qui a réussi la gageure de faire l'unanimité contre lui, devrait être adopté par les députés à la fin de l'année 2015 après que les sénateurs l'eussent examiné. Ce texte devrait apporter de notables modifications au système de santé notamment en matière de rémunération des professionnels libéraux avec la généralisation de la procédure du « tiers payant »¹⁵¹⁰ qui ne nous le cachons pas préfigure l'abandon du paiement à l'acte et l'instauration d'une rémunération forfaitaire des praticiens libéraux mais aussi en matière de réglementation des différentes professions de santé médicales et paramédicales (transfert de compétences, délégation de tâches, etc.). Il sera intéressant de prendre connaissance de la mouture finale de cette loi qui vise à réformer en profondeur notre système de santé.

Dans l'attente de la publication de ce texte dont certaines dispositions auront obligatoirement des conséquences sur l'évolution future des différentes professions de santé en général et de la profession de masseur-kinésithérapeute en particulier, un récent arrêté du 16 juin 2015¹⁵¹¹ a d'ores et déjà officialisé la réforme de la formation initiale de masseur-kinésithérapeute l'université devenant à terme l'unique voie d'accès pour les IFMK.

Après bien des vicissitudes ponctuées de moult tergiversations ministérielles, cette longue quête du Graal vient enfin d'être couronnée de succès avec la parution d'un texte qui pour la première fois réforme en profondeur la durée des études et le programme de celles-ci en l'adaptant à l'évolution de leur domaine de compétence aux nouvelles liée aux progrès des techniques de soins sans pour autant permettre aux impétrants de se voir délivrer un diplôme d'Etat et de prétendre à la reconnaissance d'un titre de master¹⁵¹².

1509 Projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté en 1ère lecture par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015, TA n° 505

1510 Le tiers-payant est une facilité donnée au malade d'être exonéré de faire l'avance de la partie des dépenses de santé qui est prise en charge par le régime obligatoire. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L322-1 du Code de la sécurité sociale qui le prévoit. Sous le régime de la Carte Vitale, le patient règle à l'établissement hospitalier, au pharmacien ou au praticien, montant des sommes correspondant aux prestations reçues et la Caisse d'assurance maladie le rembourse du montant des sommes qu'il a versées sous déduction de sa participation dite « ticket modérateur ». Si l'assuré a souscrit une assurance auprès d'un organisme tiers, tel qu'une Compagnie d'assurances ou un organisme mutualiste, le coût est réglé directement au fournisseur de la prestation d'une part, par la Caisse et d'autre part, par l'organisme qui couvre la valeur du ticket modérateur, chacun pour sa part [...]. Source : BAUDO Serge : Dictionnaire de droit privé, <http://www.dictionnaire-juridique.com/definition/tiers-payant-tiers-payeur/>

1511 Arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 19 juin 2015, p. 10086

1512 MACRON Alain, Réforme des études de kinésithérapie : Une quatrième année mais pas de master, *Revue Droit et Santé*, septembre 2015, à paraître

L'arrêté du 16 juin 2015 entérine l'université comme voie d'accès unique pour les Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie et signe, de facto, l'arrêt de mort du traditionnel concours Physique, Chimie, Biologie. Aux treize des quarante-quatre IFMK qui avaient encore recours à ces épreuves d'admission il est accordé une dérogation pour une ultime épreuve au titre de l'année universitaire 2016-2017. Tout IFMK qui n'aurait pas signé une convention avec une ou plusieurs universités à la date du 31 décembre 2015 se verra interdire tout nouveau recrutement à compter de l'année universitaire 2017-2018, étant précisé que, si trois voies d'accès sont possibles (Première Année Commune aux Études de Santé, première année de licence des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives ou de Sciences, Technologies et santé, l'admission via la PACES est prioritaire.

Engagée il y a plusieurs années, cette universitarisation¹⁵¹³ de la formation initiale de masseur-kinésithérapeute est le produit de longues et difficiles négociations ponctuées de multiples revirements ministériels.

La réforme des études paramédicales a été initiée par en 2006 par Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé¹⁵¹⁴. Le 17 janvier 2008, lors d'une réunion de travail relative à la « réingénierie » du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, les représentants de la DHOS précisèrent que les enjeux de ce processus étaient d'offrir une certification lisible en vue d'une inscription au Répertoire National des Certifications professionnelles et une construction structurée conforme aux normes du dispositif Licence-Master-Doctorat. Le principe étant que le diplôme garantit que son titulaire maîtrise les compétences nécessaires lui permettant de répondre à l'exigence de qualité des soins et de sécurité des patients alors que jusqu'à présent un diplôme se définissait par un programme de formation. Cette démarche, à laquelle les professionnels n'étaient pas associés, étant menée par le seul ministère de la santé qui avait choisi au préalable trois métiers de la rééducation (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute et pédicure podologue) les discussions s'éternisèrent¹⁵¹⁵. Tout au plus, lors d'une réunion organisée conjointement le 18 novembre 2008 par les ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur les représentants professionnels

¹⁵¹³ Si le dictionnaire Le Grand Robert de la langue française continue d'ignorer ce qu'est l'universitarisation, le Larousse (1997) la définit comme étant le « *Fait de donner un caractère universitaire à quelque chose ou de faire suivre une formation supérieure à quelqu'un ; ensemble d'établissements scolaires relevant de l'Enseignement Supérieur regroupés dans une circonscription administrative* ».

¹⁵¹⁴ Interview de M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, sur RMC le 13 décembre 2005, sur [...] la réforme des études médicales et paramédicales, source : Source : Premier ministre, Service d'information du gouvernement, 26 décembre 2005.

¹⁵¹⁵ FFMKR, circulaire n° S-2008-011, 24 janvier 2008

apprirent-ils que les travaux de réingénierie seraient terminés au printemps 2009, avec une reconnaissance du diplôme d'Etat d'infirmière au niveau Licence et en septembre 2010 pour les deux autres professions (orthophonistes et masseurs-kinésithérapeutes). Les masseurs-kinésithérapeutes ayant rappelé leur attachement au PCEMK (60 % des IFMK sont liés par convention avec l'université) et à un niveau de reconnaissance master 1, il leur fut répondu que « [...] le niveau de sortie professionnalisant M1 est un niveau hybride non reconnu dans l'enseignement [...] »¹⁵¹⁶. Ayant pris acte de la volonté des pouvoirs publics de maintenir une formation professionnalisante et de reconnaître le diplôme d'Etat au niveau licence professionnelle les représentants professionnels décidèrent de suspendre leur participation au groupe de travail. Au mois de novembre 2008 Monsieur Morelle, inspecteur général à l'Inspection Générale des Affaires Sociales, présenta au Haut Conseil des professions paramédicales le rapport relatif à l'intégration des études paramédicales au sein du dispositif LMD réalisé par l'IGAS, l'Inspection Générale de l'administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche et les Commissions Générales de l'Enseignement Supérieur. Lors de son intervention, il mit en exergue les conclusions dudit rapport à savoir l'opportunité d'inscrire les formations sanitaires dans le processus LMD, la légitimité des attentes portées par les organisations professionnelles en matière de reconnaissance professionnelle et l'absolu nécessité pour la France de ne pas rester en retrait du processus de Bologne.

Au sein des professions paramédicales, les premiers à s'être vu conférer le grade de licence furent les infirmières et les infirmiers¹⁵¹⁷ suivis par les orthophonistes¹⁵¹⁸ puis en 2014 les infirmières et infirmiers anesthésistes (Master) ainsi que les ergothérapeutes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale et les pédicures-podologues (Licence)¹⁵¹⁹.

Les masseurs-kinésithérapeutes restant fermes sur leur position d'obtenir une reconnaissance de niveau Master, au début de l'année 2013, les ministres des Affaires sociales et de la Santé et de l'enseignement supérieur et de la Recherche rendirent un arbitrage par lequel fut réaffirmé que « [...] le diplôme d'Etat autorisant l'exercice de la profession de masseur-

¹⁵¹⁶ Circulaire FFMKR n° S-2008-124, 2 décembre 2008

¹⁵¹⁷ Décret n° 2010-1 123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, JORF du 26 septembre 2010, p. 17468

¹⁵¹⁸ Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste, JORF du 1er septembre 2013, p. 14864

¹⁵¹⁹ Arrêté du 23 septembre 2014 relatif à la création d'une annexe « Supplément au diplôme » pour les formations paramédicales d'infirmier, d'ergothérapeute, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de pédicure-podologue et d'infirmier anesthésiste,

*kinésithérapeute [...] acquis au terme de trois années d'études [...] sera reconnu au grade de licence [...] les étudiants diplômés d'Etat, qui auront suivi une année universitaire ou qui auront réalisé une année préparatoire dans un IFMK sur la base d'une convention passée avec l'université se verront reconnaître 60 crédits européen credits transfer system (ECTS) qu'ils pourront faire valoir, le cas échéant, pour accéder directement en seconde année de master [...]*¹⁵²⁰. Pour une fois unies, toutes les composantes de la profession, refusèrent une fois de plus cette proposition ce qui conduisit les deux ministres à revoir leur copie. Une seconde lettre d'arbitrage fut adressée à l'ensemble des représentants professionnels dans laquelle il était écrit « [...] la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes se déploiera sur quatre années au lieu de trois années de formation spécifique en IFMK [et] bénéficiera à ce titre de 204 ECTS ». La mise en place de cette disposition était prévue pour la rentrée universitaire 2015 et le concours d'admission « Physique – Chimie – Biologie » (PCB) devait disparaître à la rentrée 2016.

La concertation reprit sur cette nouvelle base mais la partie n'était pas gagnée d'avance, un rapport de l'IGAS et de l'IGAENR remis aux ministres de tutelle au mois de juillet 2013 mais rendu public seulement au mois de février 2014¹⁵²¹ pouvait faire craindre un nouvel achoppement des négociations dans la mesure où, tout en reconnaissant le bien-fondé de la réingénierie de la formation d'infirmière, en soulignant les forts inconvénients il mettait en garde contre le risque d'allongement des études sans adossements à des besoins réels en matière de santé publique. Les discussions se terminèrent officiellement le 15 juin 2015, dans la mesure où la date butoir pour le projet de réglementation fut soumis à l'avis du HCPP était fixée au 19 juin 2015. Ce dernier rendit un avis favorable le 29 juin 2015, réitérant en cela le précédent du 29 avril 2015.

L'arrêté du 16 juin 2015 ordonne que l'admission via la PACES doive être prioritaire mais qu'à titre dérogatoire 13 IFMK sont encore autorisées à organiser, pour les élèves déjà inscrits uniquement pour la rentrée universitaire 2016-2017, des épreuves d'admission sous la forme du concours PCB. Cependant tous les IFMK devront avoir signé avant le 31 décembre 2015 une convention avec les universités disposant d'une filière santé.

¹⁵²⁰ Lettre d'arbitrage en matière de réingénierie du diplôme de masseur-kinésithérapeute de la ministre des Affaires sociales et de la Santé et de la ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche du 25 janvier 2013.

¹⁵²¹ IGAS, IGAENR Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, juillet 2013,

De nombreux points restent à préciser, qui donneront lieu à la publication ultérieure d'autres textes réglementaires, notamment en matière de référentiel de formation.

En l'espèce il semblerait que, comme à l'accoutumée quelques résistances se fassent jour dans la mesure où la publication des textes réglementaires visant à définir précisément ce référentiel tarde. À quelques jours de la rentrée universitaire 2015, la FNEK a été obligée de publier un communiqué¹⁵²² attirant l'attention des pouvoirs publics et des acteurs concernés (enseignants, étudiants, syndicats, Ordre) sur le fait qu'« [à] 11 jours du mois de septembre, l'arrêté réformant la formation initiale en kinésithérapie n'est toujours pas paru au journal officiel [alors que] son application est pourtant prévue pour la rentrée 2015 [...] », dénonçant « [...] un mépris des équipes pédagogiques et des futurs étudiants en attente d'une officialisation du nouveau cursus d'études [...] » en rappelant que « [...] Le texte prévoyait notamment : une refonte de la maquette de formation et un passage de trois à quatre années d'études en institut à compter de la rentrée 2015 ». Ce communiqué traduisait l'indignation des étudiants face au flou d'une situation à moins de deux semaines de la rentrée universitaire et leurs interrogations sur la qualité de la formation qui leur sera délivrée au cours de l'année universitaire 2015-2016. À l'actif des représentants des étudiants en masso-kinésithérapie il faut souligner leur détermination et leur pugnacité qui laisse augurer un avenir plein d'espoir pour cette vieille dame qu'est la kinésithérapie. Il faut aussi leur reconnaître le souci qu'ils manifestent dans la prise en compte des difficultés matérielles rencontrées par leurs pairs en prenant en compte le fait qu'un grand nombre d'étudiants étant dans l'obligation de souscrire un prêt bancaire pour financer leurs études se trouvent désemparer ne sachant pas, à quelques jours de la rentrée universitaire si leur cursus sera de trois ou quatre ans. Il semblerait que cette piqûre de rappel ne fut pas inutile car quelques heures plus tard on pouvait lire dans une revue spécialisée¹⁵²³ que suite à la signature par le HCPP et le CNESER au début de l'été 2015 du projet de référentiel de formation des masseurs-kinésithérapeutes « [...] La publication officielle des textes réformant la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes était alors annoncée comme devant avoir lieu mi-août. Mais la signature nécessaire des deux ministères (Santé et Enseignement supérieur) a pris un peu plus de temps que ce qui avait été imaginé. Toutefois, plusieurs sources proches du dossier, s'accordent pour dire que les nouveaux référentiels de formation devraient très prochainement être

¹⁵²² FNEK, Réforme des études de kinésithérapie: applicable à la rentrée et toujours pas officialisée, les étudiants méprisés, 21 août 2015 - 00h00. Source : <http://www.fnek.fr/>

¹⁵²³ WATREMEZ Lydie, La publication officielle des nouveaux référentiels de formation en kinésithérapie est imminente, publié le 21/ août 2015 - 17h54 - HOSPIMEDIA. Source : <http://abonnes.hospimedia.fr/>

officialisés au Journal officiel (JO). Les deux ministères concernés auraient signé l'arrêté et les décrets devraient suivre [...] Cette annonce officielle a été faite via mail par le ministère de la Santé vendredi 21 août, le même jour que celui qu'a choisi la FNEK pour pointer, dans un communiqué, l'absence d'officialisation des textes réorganisant les modalités d'études des kinésithérapeutes [...] ». Curieuse coïncidence tout de même !

Les textes tant attendus ont été publiés il y a quelques jours. Le décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015¹⁵²⁴ et l'arrêté du même jour¹⁵²⁵ fixent le nouveau programme d'études conduisant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute et définit les modalités d'accès à la formation, les dispenses de scolarité dont certains candidats peuvent bénéficier, la durée, le contenu du programme de formation, les modalités de certification ainsi que les référentiels d'activités, de compétences et de formation et les unités d'enseignement (UE) à valider conduisant au diplôme.

Parallèlement à cette volonté d'obtenir un allongement de la durée des études, les représentants professionnels se sont efforcés de faire évoluer le contenu de la formation initiale pour que celui-ci soit en adéquation avec les progrès incessants des techniques de soins. En effet, si le domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes a considérablement évolué, le contenu du programme des études préparatoires au diplôme d'Etat ne l'a, qu'avec retard et très frileusement, pris en compte. Initialement limité au massage, aux mobilisations passives et actives de la rééducation en traumatologie et en neurologie¹⁵²⁶ l'arsenal thérapeutique des masseurs-kinésithérapeutes s'est considérablement modifié, s'ouvrant à de nouveaux domaines comme la rhumatologie, la pneumologie dans lesquels de nouvelles techniques sont venues s'intégrer. Cette évolution sera officialisée par la publication de différents textes réglementaires au cours des années¹⁵²⁷ mais surtout par la

¹⁵²⁴ Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 04 septembre 2015, p. 15582

¹⁵²⁵ Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 04 septembre 2015, p. 15584

¹⁵²⁶ Arrêté du 31 décembre 1947 relatif aux actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié, JORF du 9 janvier 1948, p. 274

¹⁵²⁷ Arrêté du 18 juillet 1956 modifiant et complétant l'arrêté du 31 décembre 1947 relatif aux actes professionnels des auxiliaires médicaux, JORF du 1er août 1956, p. 7237 ; Arrêté du 21 décembre 1960 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux, JORF du 28 décembre 1960, p. 11954, Arrêté du 6 janvier 1962 modifiant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non-médecins, JORF du 1er février 1962, p. 1111

parution du décret n° 85-918 du 26 août 1985 dit « de compétence » domaine de compétence qui sera complété par les décrets n° 96-879 du 8 octobre 1996 et n° 2000-577 du 27 juin 2000.

Dès à présent (si la publication des textes réglementaires est effective avant la rentrée universitaire) les étudiants vont bénéficier d'une année supplémentaire de formation. En lieu et place de l'actuelle organisation du régime des études composées de 12 modules répartis sur trois ans les quatre années de formation vont être divisées en 2 cycles de quatre semestres chacun. Le référentiel de formation sera composé de 32 unités d'enseignement réparties en onze « compétences ». Le premier cycle regroupe les sciences fondamentales (sciences biologiques et médicales, sciences du mouvement, sciences humaines et sociales). L'objectif recherché est l'optimisation de la relation de soins de qualité avec le patient. Au sein de ces enseignements, les notions de savoir et de savoir-faire kinésithérapique seront privilégiées. Dans le second cycle la priorité est donnée à l'approfondissement des compétences et à l'acquisition des techniques professionnelles. Pour ce faire, l'étudiant devra effectuer sept stages en milieu professionnel (établissement hospitalier, centre de rééducation fonctionnelle, cabinet libéral) dont un clinicat de douze semaines à temps plein en quatrième année. Ce deuxième volet aura une orientation essentiellement pratique en visant à développer les aptitudes et les compétences nécessaires à un exercice professionnel de qualité. C'est au cours de ces stages pratiques que seront validées l'ensemble des connaissances acquises que ce soit dans les domaines traditionnellement redevables de la kinésithérapie (musculosquelettique, neuromusculaire, cardiorespiratoire) ou plus spécifiques (pédiatrie, gériatrie, etc.).

Indéniablement, cette réforme globale des études de masso-kinésithérapie correspond bien au concept de réingénierie en tant que réorganisation d'un projet [industriel] sous tous ses aspects (techniques, économiques, financiers, sociaux) dans le but de le rendre plus efficient.

Dans le même temps, mettant à profit les débats relatifs au projet de loi de modernisation du système de santé, chère à Marisol TOURAINE, la profession à l'initiative de l'institution ordinaire a entrepris un travail de redéfinition du cadre juridique d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute¹⁵²⁸ permettant d'induire une évolution de la kinésithérapie vers une profession à compétence médicale définie à l'image de ce que sont déjà, par exemple, les pédicures-podologues, profession paramédicale réglementée par le Code de la santé publique,

¹⁵²⁸ CNOMK, Newsletter n° 41, février 2015

qui exercent de fait une profession médicale à compétence définie puisqu'ils bénéficient de la libre réception des patients¹⁵²⁹ et du droit au diagnostic et à la prescription¹⁵³⁰.

À la suite des différents arbitrages rendus au cours des années 2014 et 2015 par les ministres de la Santé, de l'Éducation nationale et de la recherche et de l'Enseignement supérieur, comme cela avait été préconisé dans leur rapport¹⁵³¹ par Messieurs Laurent HENART et Yvon BERLAND l'évolution de la kinésithérapie doit s'inscrire dans un mouvement d'élargissement du champ de ses compétences initié par la dynamique de redéfinition de l'offre de soins car cette profession « [...] a vocation à répondre à un besoin clairement identifié, dans le cadre d'une restructuration de l'offre de soins où chaque acteur de santé aura à intervenir sur son cœur de métier à son juste niveau de compétences et de formation ». La kinésithérapie devenant ainsi une profession de santé de niveau intermédiaire au sens que lui donnent les auteurs précités c'est-à-dire une profession qui se situe entre le paramédical (formation de type Licence) et le médical (formation de type Doctorat) dont le niveau de formation serait un Master. De fait la kinésithérapie est dotée d'un très large champ de compétences. Ses champs d'intervention sont nombreux et lui confèrent une importante polyvalence en matières thérapeutique, préventive et éducative dans la mesure où d'ores et déjà elle apporte une réponse à moult enjeux de santé publique (lutte contre la dépendance liée au vieillissement de la population, diminution de la durée d'hospitalisation). Elle s'inscrit déjà dans la notion de santé associée au bien-être général du patient et à la mise en œuvre d'actions de prévention notamment des troubles musculo-squelettiques. La possibilité de

¹⁵²⁹ Article L.4322-1 CSP « Seuls les pédicures-podologues ont qualité pour traiter directement les affections épidermiques, limitées aux couches cornées et les affections unguéales du pied [...] Les pédicures-podologues peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans, dans des conditions fixées par décret et sauf opposition du médecin. »

¹⁵³⁰ Article L.4322-2 CSP « Les pédicures-podologues accomplissent, sans prescription médicale préalable et dans les conditions fixées par l'article L. 4322-1, les actes professionnels suivants : Diagnostic et traitement des hyperkératoses mécaniques ou non, d'étiologie ou de localisations diverses, verrues plantaires, ongles incarnés, onychopathies mécaniques ou non, et des autres affections épidermiques ou unguéales du pied, à l'exclusion des interventions impliquant l'effusion de sang, Exfoliation et abrasion des téguments et phanères par rabotage, fraisage et meulage, soins des conséquences des troubles sudoraux, soins d'hygiène du pied permettant d'en maintenir l'intégrité à l'occasion de ces soins, lorsque des signes de perte de sensibilité du pied sont constatés, signalement au médecin traitant, surveillance et soins des personnes, valides ou non, pouvant présenter des complications spécifiques entrant dans le champ de compétence des pédicures-podologues, prescription et application des topiques à usage externe figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecin, prescription et pose de pansements figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, prescription, confection et application des prothèses et orthèses, onychoplasties, orthonyxies, orthoplasties externes, chaussures thérapeutiques de série, semelles orthopédiques et autres appareillages podologiques visant à prévenir ou à traiter les affections épidermiques et unguéales du pied. »

¹⁵³¹ HENART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle, « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire : Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », janvier 2011

permettre aux patients de bénéficier d'un accès direct ne serait que la reconnaissance de ce qui se passe le plus souvent quotidiennement le patient commençant son traitement en l'absence d'une prescription médicale du fait des difficultés croissantes que rencontrent les patients pour obtenir un rendez-vous rapidement.

Pour cela, il est nécessaire de redéfinir le cadre juridique d'exercice de la profession ce qui impose une réécriture de l'article L 4321-1 CSP¹⁵³² qui permettrait de redéfinir la profession par rapport à des missions spécifiques qui lui seraient imparties au même titre que les médecins, les sages-femmes ou encore les chirurgiens-dentistes et non plus par rapport à une série d'actes limités à des compétences.

Lors de l'examen du projet de loi de modernisation du système de santé, le Gouvernement présenta un amendement¹⁵³³ en ce sens après avoir fait valoir que la définition de la profession de masseur-kinésithérapeute était définie par un texte législatif ancien présentant « [...] certaines imprécisions sur les activités exercées par ces professionnels [...] », il y avait en premier lieu la nécessité « [...] de définir avec plus de clarté le champ d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes et les activités exercées par ces professionnels [...] ». Pour ce faire, il est nécessaire de mentionner à l'article L. 4321-1 CSP « [...] les incapacités ou altérations sur lesquelles le masseur-kinésithérapeute est habilité à intervenir [et] les compétences mise en œuvre pour prévenir ou traiter les patients [...] ». Cette disposition permettrait de « [...] confier aux masseurs-kinésithérapeutes la possibilité de renouvellement de prescriptions d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an [...] dans le cadre de rééducations effectuées pour le traitement de pathologies nécessitant l'intervention régulière du masseur-kinésithérapeute dans le cadre de pathologie chronique garantissant ainsi aux patients un traitement continu et de simplifier son parcours de soins. Les conditions dans lesquelles l'adaptation de ces renouvellements serait effectuée étant précisée comme à l'accoutumée par un décret ultérieur. De surcroît, cette mesure s'inscrit dans le cadre de la compétence

¹⁵³² Article L.4321-1 CSP « La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale. La définition du massage et de la gymnastique médicale est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine. »

¹⁵³³ Assemblée Nationale, Projet de loi de modernisation du système de santé, amendement N° 1983 rectifié (Adopté) Déposé le 29 mars 2015 par : le Gouvernement. Texte de la commission annexé au Rapport N° 2673 sur le projet de loi, après engagement de la procédure accélérée, relatif à la santé.

réglementaire dont disposent les masseurs-kinésithérapeutes pour réaliser les premiers soins en masso-kinésithérapie, en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin.

L'amendement gouvernemental proposait de modifier l'article L.4321-1 CSP de la façon suivante : « [...] a) *Le premier alinéa est remplacé par sept alinéas ainsi rédigés : La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles. Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche. Le masseur-kinésithérapeute exerce en toute indépendance et pleine responsabilité conformément aux dispositions du code de déontologie mentionné à l'article L. 4321 -21. Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs, et participe à leur coordination. Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect des dispositions du code de déontologie précité. [...] b) Au deuxième alinéa, les mots « du massage et de la gymnastique médicale » sont remplacés par les mots : des actes professionnels de masso-kinésithérapie dont les actes médicaux prescrits par un médecin ; c) Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés « Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine », « En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. ».*

L'amendement gouvernemental ayant été adopté en l'état, il y a tout lieu de croire qu'il ne subira plus de modifications puisque lors de l'examen du projet de loi au Sénat il a été relevé que la proposition gouvernementale « [...] soulevée d'opposition particulière des

représentants de la profession lors de leur audition par vos rapporteurs [...]»¹⁵³⁴. Cette réécriture de l'article L 4321-1 CSP s'inscrit dans la triple perspective d'inscrire la profession dans une mission générale de santé publique, de sécuriser la pratique quotidienne en prévoyant des dérogations à l'obligation d'agir sur prescription et d'élargir le champ de la prescription par un kinésithérapeute.

La réforme des études associée à la nouvelle définition de la profession du fait de la réécriture de l'article L.4321- 1 CSP¹⁵³⁵, va, indéniablement déboucher sur « [...] *une formation d'ingénieur en santé [...]»¹⁵³⁶ (François MAIGNIEN, Vice-président CNOMK) d'autant plus qu'à terme elle ouvre l'accès à la recherche aux masseurs-kinésithérapeutes, permettant ainsi une reconnaissance ultérieure de la kinésithérapie comme profession médicale à compétences définies et un accès direct des patients souhaitant bénéficier de ces soins. Cependant, on ne peut que regretter que cette réforme n'ait pas prévu de conférer aux masseurs-kinésithérapeutes le grade de Master comme ce fut le cas pour les orthophonistes et les infirmiers et infirmières anesthésistes. Mais « ce n'est qu'un début, continuons le combat » !*

¹⁵³⁴ Sénat, Projet de loi de modernisation de notre système de santé , Rapport n° 653 (2014-2015) de M. Alain MILON, Mmes Catherine DEROCHÉ et Élisabeth DOINEAU, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 22 juillet 2015, source : <http://www.senat.fr/>

¹⁵³⁵ Projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté en 1re lecture par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015, TA n° 505

¹⁵³⁶ MAIGNIEN François, Evolutions professionnelles et juridiques de l'exercice de la masso-kinésithérapie adaptées aux besoins de la population et aux coopérations entre professionnels de santé, Rapport du CNOMK, septembre 2012

Bibliographie

1. Ouvrages généraux

- ABIELLO Raymond, *Ma dernière mémoire*, tome 2 *Les militants*, Gallimard éditeur, 1975, p.94
- CARREL Alexis, *l'Homme, cet inconnu*, Plon, 1999, p. 212.
- CIPOLLA Carlo M., « Les lois fondamentales de la stupidité humaine », PUF, 1976
- CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, Association Henri Capitant, PUF, 2000
- DUBAR Claude, TRIPIER Pierre, *Sociologie des professions*, Armand Colin, Paris, 1998
- CHAPOULIE Jean-Michel. *Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels*, Revue française de sociologie. 1973, 14-1.
- FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot édit. 1984, traduction française de « Profession of Medicine : A study of the sociology of applied knowledge » New-York, Dodd, Mead & Co°, 1973
- SMITH Adam « Recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations », IV, 2 (1776), réédition, éd. Flammarion, 1991, tome II, p. 42-43

2. Ouvrages spéciaux

2.1 Ouvrages relatifs au droit, à l'économie et à l'histoire de la santé

- AUGUET Yvan, Concurrence et clientèle : Contribution à l'étude critique du rôle des limitations de concurrence pour la protection de la clientèle, L.G.D.J., avril 2000, (242), 249
- ALLINE Jean Pierre, Gouverner le crime. Les politiques criminelles françaises de la Révolution au XXI^e siècle. Tome 2. *Le temps des doutes* 1920/2004, L'Harmattan, 2004
- BACCINO Éric, PELISSIER Jacques, « Réparation du dommage corporel et médecine physique et de réadaptation », SAURAMPS Médical, 2005
- CNOMK, Le livre vers.... de la masso-kinésithérapie, juin 2011
- COCHET Hervé (ouvrage collectif sous la direction de...) *S'ENTEND DANS LES MAINS - 1906/2007*, Ouvrage réalisé à l'occasion du centenaire de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Valentin Haüy, Congrès organisé à Paris, les 25 et 26 janvier 2007.

- DAILLY Eugène (docteur), Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales, Tome II, 4ème série, p. 809-814 et 863-868, Paris, Masson, 1865
- DAVID Jean-Paul, DEMONT Anthony, Guide de la mobilité internationale, 2ème édition, CNOMK, juin 2014
- DELAPORTE Sophie, *Les gueules cassées*, Noésis éd. Paris, 2001
- EFTHER Gilbert, *Manuel de technologie de base à l'usage des masseurs-kinésithérapeutes*, Paris : Masson, 1980
- FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot éd. 1984, traduction française de « Profession of Medicine : A study of the sociology of applied knowledge », New-York, Dodd, Mead & Co°, 1973
- GISSELBRECHT Edouard, *Législation-Déontologie, Lois médico-Sociales et Morale Professionnelle*, édition à compte d'auteur, deuxième édition, Paris, 1955
- GRABOT Denis, *Psychomotricien : Emergence et développement d'une profession*, Collection psychomotricité, Solal éd., 2004
- HEULEU Jean Noel, DIZIEN Olivier, *La médecine physique et de réadaptation. D'où vient-elle ? Où va-t-elle ?* Annales de réadaptation et de médecine Physique, 2001, 44, éditions scientifiques et médicales Elsevier
- MATEU Jacques, REYNIER Mathieu, VIALLA François, *Les Assises du corps transformé, Regards croisés sur le visage, A la croisée des regards*, LEH éditeur, octobre 2009
- MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, Editions Cujas, mars 2013
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS) : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, 22 mai 2001
- POIRIER Alain, *L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes : manuel à l'usage des professionnels*, Paris, SEK, 1996

2.2 Thèses relatives au droit de la santé

- AUDEBRAND Jean-Michel, *Situations actuelles et perspectives de la kinésithérapie en Europe vues de France*, Thèse de doctorat en médecine, Université d'Angers, Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers, Juin 1992
- AUGUET Yvan, « *Concurrence et clientèle : Contribution à l'étude critique du rôle des limitations de concurrence pour la protection de la clientèle* », Thèse de doctorat en Droit privé et sciences criminelles, Faculté de droit de Perpignan - Via Domitia, 1998
- BALAS Stéphane, *Le référentiel, un outil de formation, un instrument de développement du métier. Le métier de masseur-kinésithérapeute en référence*, thèse pour le doctorat du Conservatoire des Arts et Métiers, Formation des Adultes, Conservatoire National des Arts et Métiers, décembre 2011
- BELIO Christian, *Handicap, cognition et représentations*, Thèse pour le doctorat de l'Université de Bordeaux, École Doctorale Sociétés, Politique, Santé Publique, 2012
- DUCOS Jean, *L'économie de la médecine libérale*, Thèse pour le Doctorat en sciences économiques, Laboratoire d'Économie et de Gestion des Organisations de la Santé, Université de Paris dauphine, 2010
- GAUBERT Christophe, *Le sens des limites, Structuration du corps des masseurs-kinésithérapeutes, définition sociale de leur compétence et imposition scolaire de la domination médicale*, Ecole des Hautes Etudes en sciences Sociales, Thèse, 2006
- JEULIN Jean Claude, *Approche anthropologique du développement des compétences des masseurs-kinésithérapeutes : Conception d'un environnement informatique pour l'apprentissage en masso-kinésithérapie*, thèse pour le doctorat de Sciences de l'éducation, Université d'Aix-Marseille, Ecole doctorale cognition, langage, éducation, juin 2014
- MONET Jacques, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle : une spécialité médicale impossible, Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*, thèse pour le doctorat en sociologie, Université de Paris I Panthéon – Sorbonne, Institut des sciences sociales du travail, juin 2003
- REMONDIERE Rémi, *Le geste et la plume : histoire d'une professionnalisation en devenir : les masseurs-kinésithérapeutes dans la France d'hier et d'aujourd'hui (1790-1990)*, Thèse pour le doctorat en sociologie, EHESS, Paris, 1996

- SAME-BRILLANT Martine, *Le toucher suspendu*, thèse pour le doctorat de philosophie, Université Paris Est, décembre 2009
- VIALLA François, l'introduction du fonds libéral en droit positif français, Thèse de doctorat en droit privé, Université Montpellier I, Faculté de droit, 1997, p. 68

2.3 Mémoires : DEA, DESS, Master droit de la santé

- DEROUET Antoine, *La création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*
- FRATTINI Marie-Odile, Dynamique de constitution d'une spécialité médicale fragile : La médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelle en France entre médecine et politique, Mémoire de Master 2 : Santé, Population, Politique sociales, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Septembre 2008
- MACRON Alain, *Le monopole légal du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes à l'épreuve de la pratique quotidienne*, mémoire de Master 2, Droit médical et pharmaceutique, Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-en Provence, Faculté de Droit et de Science Politique d'Aix-Marseille III, 2005
- POIRIER Alain, L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, D.E.S.S. de Droit, Santé, Ethique, Faculté de Droit de Rennes, 1995

2.4 Avis, Bulletins, Colloques, Rapports

2.4.1 Avis, Bulletins, Colloques, Rapports relatifs aux professions médicales et paramédicales

- Adaptation des professions médicales et paramédicales aux besoins de santé de la population française : Masseurs-kinésithérapeutes (2^{ème} partie « Les professions paramédicales, Titre II : Les masseurs-kinésithérapeutes, p. 132-139, Conseil Economique et Social, Avis et rapports, session de 1979, n° 25, JORF du 25 octobre 1979,
- ALBERT Bernard, HEULEU Jean-Noël, *La problématique de la profession de masseur-kinésithérapeute*, rapport de mission au ministre délégué à la santé et à la famille, 1987
- BOUDIN Paul, *Rapport tendant au classement administratif de la profession des Auxiliaires médicaux et approuvant l'institution du diplôme d'Etat d'infirmier-masseur*, Conseil Supérieur de l'Assistance Publique, session de janvier 1921

- BERLAND Yvon, Mission « Démographie des professions de santé », Rapport n°2002135 Novembre 2002
- BRESSAND Michelle, ABADIE Marie-Hélène, HUSSON Roger, Rapport à Madame la Ministre de la Santé, de la Jeunesse et de la Vie associative « *Réflexion autour des partages de taches et de compétences entre professionnels de santé* », Novembre 2008
- BROUARDEL Paul, Discours prononcé le 28 mai 1906, lors de la séance d'ouverture du Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine (Paris 28-31 mai 1906),
- BUCHAN James, « Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services ? », Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », Tallion (Estonie) 25-27 juin 2008
- Centre d'analyse stratégique, « La mobilité internationale des professionnels de santé : quels enjeux pour le système de soins français ? », La note d'analyse, questions sociales, n°308, décembre 2012.
- Cour des Comptes, Rapport public particulier « *Les interventions publiques dans le domaine du thermalisme* », Janvier 1995
- COUTY Edouard, Note relative à la mission de concertation et de médiation concernant le projet de création d'un ordre infirmier, mars 2006
- DARRINE Serge, « *Projection du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020* », Sources, méthode, principaux résultats, DREES, Série Etudes, n° 34, septembre 2003
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : *Les professions de santé : éléments d'informations statistiques*, DREES, Série Études N° 9, janvier 2001
- DOMERGUE Jacques, « La formation des auxiliaires médicaux », rapport d'information déposé en conclusion des travaux de la mission d'information, Assemblée Nationale, juillet 2010
- Dix ans d'application de la loi Kouchner, acte II. La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ? Colloque organisé par le CERDARE (Centre d'Étude et de Recherche sur le Droit Administratif et la Réforme de l'État, Université Montesquieu - Bordeaux IV) et l'Institut du droit de la santé de l'Université Montesquieu-Bordeaux IV

- GALIENNE Fernand, Masso-Kinésithérapie Hospitalière AP-HP, Analyse d'activité, mai 2000
- HAS «*Délégation, transferts, nouveaux métiers : Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé* », Projet de recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS soumis à consultation publique, Décembre 2007
- HENART Laurent, BERLAND Yvon, CADET Danielle, VERRIER Bernard, FERY-LEMONIER Elisabeth, rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, « Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », Janvier 2011
- INSEE, ORM-Région 2010 Dynamique des métiers de la santé, de l'action sociale, culturelle & sportive, Rapport d'étude n° 30 - Juin 2010
- MATHARAN Judith, MICHEAU Julie, RIGAL Elsa, « Le métier de masseur-kinésithérapeute », rapport d'étude, Analyse des professions : masseurs-kinésithérapeutes, ONPS, septembre 2009, tome 2, p.7-8
- MATILLON Yves, « modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, Rapport de mission à l'attention de Monsieur le ministre de la Jeunesse , de l'Education Nationale et de la Recherche et de Monsieur le ministre de la santé, de la famille et des Personnes Handicapées, Août 2003
- MEZARD Jean, Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée Nationale, modifiant certaines dispositions du Code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière, Sénat, n° 342 (1979-1980),
- Ministère des Affaires Sociales : Synthèses des travaux du groupe de réflexion Cadre de santé, Travaux du groupe de réflexion CS – SDRH – RH2, Direction Générale de l'Offre de Soins, Novembre 2012
- MONTSEQUIOU (de) Pierre, « Pourquoi apparaît-il urgent d'étendre le monopole des masseurs-kinésithérapeutes ? », Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de loi (n°2668) de monsieur de Montesquiou et plusieurs de ses collègues, tendant à modifier le titre III du livre IV du Code de la santé publique et relative à la profession de masseur-kinésithérapeute, n° 2747 (Rectifié), Assemblée Nationale, première session ordinaire de 1972-1973,

- MORELLE Aquilino, VEYRET Jacques, LESAGE Gérard, ACKER Dominique, NOIRE Dominique, Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales, Inspection générale des affaires sociales (RM2008-081P), Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (n°2008-068) , septembre 2008
- NAUCHE Philippe, Rapport sur la création d'un office des professions paramédicales, juin 2000
- Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2009-1585 du 17 décembre 2009 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales, JORF du 19 décembre 2009, p. 21906

2.4.2 Avis, Bulletins, Rapports, Comptes rendus législatifs d'ordre général

- Assemblée Nationale, question orale, n° 25423, 13 juillet 1972, monsieur Sallenave Pierre à monsieur le ministre d'Etat chargé des Affaires sociales, JORF, débats parlementaires, Assemblée Nationale, 22 juillet 1972
- Assemblée Nationale, question écrite , n° 12935, 10 août 1974, monsieur Donnadiou Louis à monsieur le Premier ministre, JORF, débats parlementaires, Assemblée Nationale, 10 août 1974
- Assemblée nationale, Commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire, compte-rendu n° 55, Mercredi 29 juin 2005, séance de 9 heures 30.
- Bulletin des Communautés européennes : *L'Europe des citoyens*, rapport du comité ad doc, Bulletin des Communautés européennes, supplément 7/85, Commission de la communauté européenne, 1985
- Conseil d'Etat, Rapport public 2006 - Sécurité juridique et complexité du droit
- CORDERY Philip, PIRON Michel, Rapport d'information de la Commission des Affaires Européennes sur la proposition de directive du Parlement européen et du Conseil modifiant la directive relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, Assemblée Nationale, 16 avril 2013, professionnelles.

- Déclaration de Bologne: *The Bologna Declaration of 19 June 1999, Joint declaration of the European Ministers of Education, The european higher education area*,
- Ministère de l'Education Nationale : Bulletin officiel de l'Education Nationale, n°9, p.1382, 24 septembre 1998
- Ministère de l'Education Nationale: Bulletin officiel CAP Esthétique Cosmétique, Ministère de la Jeunesse, de l'Education Nationale et de la Recherche, coll. Horaires/objectifs/programmes/instructions, 2004, p.41 et 69 ; Référentiel Esthétique Cosmétique Parfumerie – CAP, Ministère de l'Education Nationale, Direction générale de l'enseignement scolaire, Service des enseignements et des formations, Sous-direction des formations professionnelles, Bureau de la réglementation des diplômes professionnels, DGESCO A2-2, 2004, p.52
- Ministère de l'Education Nationale: Tableaux statistiques, rétrospective du baccalauréat : 1960 – 2005, proportion de bacheliers dans une génération, évolution des taux d'accès au niveau du baccalauréat
- Sénat : Petites et moyennes entreprises. - Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence, séance du 14 juin 2005
- PALASZ Marie-José, LAROQUE Michel, DEGRANDI Marie-Christine, Rapport sur Mission sur la définition des professions libérales et son impact, octobre 2011
- ZYLBERBERG Mathilde, La distinction travail indépendant / salariat, Etat de la jurisprudence -La distinction travail indépendant / salariat - Etat de la jurisprudence, C. Cass. Bulletin du droit du travail n° 86, 3ème trimestre 2008 (Juillet-Août-Septembre), p. 3-11

2.5 Articles et chroniques

- ANDRIEU Gilbert, « *L'éducation physique au XXème siècle : une histoire de pratiques*, Les cahiers Action, Actio, 1993
- ANDRIEU Gilbert « *La gymnastique au XIXème siècle ou la naissance de l'éducation physique 1789-1914* », Les cahiers ACTIO, ACTIO, septembre 1999
- BALLOUARD Christian « *Les fondements de la psychomotricité* » *Contraste*, 2008/1, n° 28-29, *Contraste*, édition ERES

- BATTENDIER Cécile, STEPHANT Marie-Paule, COCHET Hervé, « *Une petite histoire de l'UNAKAM, Union Nationale des Masseurs-Kinésithérapeutes Aveugles et Malvoyants*, in *S'entend dans les mains, 1906-2007*, Hervé Cochet Fondation Valentin Haüy, Paris, 2007
- BERTRAND Christine, *La libre circulation des personnels soignants*, Revue générale de droit médical, n°44, septembre 2012, p. 31-36
- BONNEAU Jacques, *L'organisation de certaines professions paramédicales : une revendication aboutie ?*, Gazette du Palais, 17 décembre 2002, n°351, p.29
- CARBUCCIA Hervé, EYMARD Chantal, ROUX Christian, *Modèles professionnels et identification des élèves infirmier(es) au début du XXème siècle en France*, Université de Provence, Sciences-Croisées, n° 2-3 : L'Identité, juin 2008
- CARRET André, *L'école des techniques thermales, une spécificité aixoise*, Arts et mémoire, décembre 2003, Société d'Art et d'Histoire d'Aix-les-Bains
- CLEMENT Jean-Marie, *Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours*, mai 2007, Les Etudes Hospitalières
- DELETRAZ Martine, VIALA Georges, *Actualités et variétés ordinales. Les tribulations des nouveaux Ordres (et des anciens ...)*, Gazette du Palais, 27 novembre 2001, n° 331, p.18
- DELETRAZ Martine, VIALA Georges, *Professions de santé : variétés ordinales*, Petites Affiches, 11 juin 2001, n° 115, p.6
- DELIGNIERES Didier, DURET Pascal, *Valeur physique et grandeur morale : itinéraire d'une liaison au cours du XXème siècle*, Echanges et Controverses, 2 (1989), 155-200.
- DELIGNY Michel, Médecin en chef, « *Les gueules cassées de la Grande Guerre* » Direction des études – ESSA de Lyon Bron, *Les Assises du corps transformé, Regard croisé sur le visage*, sous la direction de Jacques Mateu, Mathieu Régnier, François Violla, Montpellier 08-10 novembre 2008, Hospitalières, 2009, p. 23-32
- DEPLAUDE Marc-Olivier, *Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68*, Revue d'histoire de la protection sociale, n° 2, 2009, p. 78-100

- DUBOUIS Louis, *Professions auxiliaires de la santé. Incompatibilité avec le Traité CEE d'une loi réservant aux nationaux la possibilité d'obtenir la reconnaissance de titres obtenus dans les autres Etats de la Communauté*, CJCE 25 juill. 1991, Commission c/ République italienne, C.58/90, RDSS, n°4, 16 décembre 1991, p.572
- DUBOUIS Louis, *Communauté européenne. Diplôme sanctionnant une formation acquise dans un Etat tiers. Reconnaissance par l'un des Etats membres. Absence d'effets à l'égard des autres Etats membres*, (CJCE 9 févr. 1994, Haim, C-319/92 ; Tawil-Albertini, C-154/93), RDSS n°3, 15 septembre 1994, p. 430
- DUBOUIS Louis, « *Diplômes de cadre de santé, Décr. n° 95-926 du 18 août 1995 et Arr. du 18 août 1995* », RDSS, n°1, 15 mars 1996, p. 34
- DUBOUIS Louis, *Masseur-kinésithérapeute, Fixation du nombre d'étudiants admis en première année préparatoire au diplôme d'Etat*, CE 30 juin 1999, Syndicat national des directeurs d'écoles de masso-kinésithérapie et autres, RDSS, n°2, 15 juin 2000, p.355
- DUBOUIS Louis, *Masseur-kinésithérapeute, Fixation du nombre d'étudiants admis en première année préparatoire au diplôme d'Etat*, CE 27 nov.2000, Centre d'enseignement pratique de massothérapie et de pédicure-podologie et autres, RDSS, 2001, p.277
- DUFEY François, Directeur de l'IFMK de l'hôpital Lariboisière (AP-HP), *Débats d'opinions, La lettre du Cadre de santé Kinésithérapeute*, mai 1997, n°8, p. 8
- ESPESSON-VERGEAT Béatrice, « *La circulation des professionnels de santé dans l'Union européenne : la coopération, juste expression de la libre circulation* », *Revue générale de droit médical*, n°44, septembre 2012, p. 79-99
- FAUCHE Serge, « *Les paradigmes de la psychomotricité* », *Revue Française de Pédagogie*, n° 107, avril-mai-juin 1994
- GALLAIS Louis, *Les aveugles et la kinésithérapie*, mars 1966, in « *S'entend dans les mains, 1906-2007* », Hervé Cochet Fondation Valentin Haüy, Paris, 2007, p. 185-194
- GATTO Franck, 2003. *L'évaluation des compétences des Masseurs-Kinésithérapeutes pourrait-elle conduire à l'autonomie d'exercice de la profession ? Expertise du rapport Matillon intitulé : Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*. *Kiné-Actualité* n° 917, p. 2-4 ; *Kiné-Actualité* n° 918 p. 6-7, Société de Presse en Kinésithérapie (SPEK).

- GEDDA Michel, *Débats d'opinion « A colin-maillard »*, La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute, mai 1997, n°8, p.13-14
- GEDDA Michel, *Une deuxième vie pour le fond documentaire de « Bois Larris*, Kinésithérapie – La revue, 2012, 12 (126)
- GOUBAN Michel, *Les aveugles et la masso kinésithérapie : cent ans d'expérience à l'association Valentin Haüy*, in « S'ENTEND DANS LES MAINS », 1906/2007, p. 33-51
- GOUBERT Jean Paul, *Initiative à une nouvelle histoire de la médecine*, Ellipses, Paris, 1998, p 84.
- GRABOT Denis, *Psychomotricien: Emergence et développement d'une profession*, Collection psychomotricité, Solal éd., 2004
- GRABOT Denis, « *Deux cents ans d'histoire* », in Catherine Potel Baranes, *Être psychomotricien*, ERES « Trames », 2010
- GUIOMARD Pascale, *Combat pour la cellulite : esthéticienne contre masseur-kinésithérapeute*, Civ. 1ère, 20 mars 2007, n°416F-P+B, Dalloz actualité, 19 avril 2007
- HENRY Stéphane, *Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux*, Genre & Histoire, 5, Automne 2009,
- Kiné Actualités, 1er septembre 1988
- Kiné Actualités, 15 septembre 1988
- Kinésithérapie, n° 19 (152) Novembre 1965, p.45 & 60
- Kinésithérapie, n° 21 (154) Janvier 1966, p.9-10
- Kinésithérapie, n° 41 (174), Décembre 1967, p. 75
- LAGNEAU Gustave « *Du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles* », Discours, Académie de médecine, 18 avril 1886, Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris, Volume 9, n° 9, 1886, p. 514-519
- LALOUETTE Jacqueline. *Expulser Dieu : la laïcisation des écoles, des hôpitaux et des prétoires*. In: Mots, juin 1991, N°27. pp. 23-39

- LEONHARD Julie, « Les massages : jeux de mains, jeux de vilains, regards du droit sur l'art du toucher ». Mélanges en l'honneur de Marie-France CALLU, LexisNexis, avril 2013, p. 223-246
- LEWI-DUMONT Nathalie, « *Langage* ». Repères culturels de la cécité, 2011, Ligue Braille, Bruxelles, 2011.
- MACRON Alain, « *Assurance maladie et professionnels de santé : La vie conventionnelle n'est pas un long fleuve tranquille, CE, 17 mars 2014, 357594, Syndicats des masseurs-kinésithérapeutes des Landes* », Revue Droit et Santé, n° 60, juillet 2014, p. 1432-1436,
- MACRON Alain, « *Avenant conventionnel no 3 : annulé ou suspendu ?* », Kinésithérapie - la revue, septembre 2014, 14(154), p. 27-29
- MACRON Alain, « *PESSOA – CLESI : après le plombier polonais, le dentiste, l'orthophoniste, le kiné... portugais ?* », Revue Droit et Santé, n° 63, janvier 2015, p. 83-87
- MACRON Alain, « *Au royaume de Kafka : Refus d'inscription à l'Ordre d'une sage-femme devenue française ayant obtenu une attestation de réussite alors qu'elle était ressortissante d'un état tiers* », Revue Droit et Santé, n° 63, janvier 2015, p. 100-102,
- MACRON Alain, « *Ostéopathie : renforcement de l'encadrement de la formation et des conditions d'agrément des écoles. À quand le master ?* », Revue Droit et santé, n° 65, mars 2015, p. 292-297
- MACRON Alain « *Refus d'édicter le Code de déontologie des infirmiers : de l'illégalité itérative comme mode de gouvernement* », Revue Droit et santé, n° 65, mars 2015 p.450-455
- MACRON Alain, « *Inscription à l'Ordre : une obligation légale du masseur-kinésithérapeute pour exercer sa profession* », Kinésithérapie - la revue, juin 2015, 15(163), p. 20-23
- MONET Jacques, *L'approche historique de la kinésithérapie*. Kiné actualité, n° 590, 11 avril 1996, Société de Presse en Kinésithérapie, SPEK, Paris
- MONET Jacques, *Esquisse d'une histoire de la formation du personnel soignant. : les premiers conflits 1943-1949*, Annales de Kinésithérapie, 1996, t.23, n°4, p. 173-174, édition Masson

- MONET Jacques, *L'émergence de la formation du personnel soignant*, Kinésithérapie Scientifique, n° 335, avril 1996, édition SPEK
- MONET Jacques, *La kinésithérapie, une spécialité médicale impossible? Prolégomènes*
Le métier de kinésithérapeute : une approche socio-historique, Le livre vers.... de la masso-kinésithérapie, p.7, CNOMK, juin 2011
- OLECH Valérie, « À propos de la légalité du refus par le Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de reconnaître la « fasciathérapie », Revue Droit et Santé, n° 65, p. 426-429
- PIERRU Frédéric, « Un mythe bien-fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale », Les Tribunes de la santé 1/2007, n° 14, p. 73-83
- POIRIER Alain, *In cauda venenum*, Kiné actualité, 7 septembre 2000, p. 777, édition SPEK
- POUJADE Bernard, Les évolutions récentes de la profession de masseur-kinésithérapeute, Gazette du Palais, 20 juin 2009 n° 171, P. 32
- REMONDIÈRE Rémi, *L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946)*. Cahiers du Centre de Recherches Historiques (CNRS-EHESS), avril 1994, 12, pp174-185.
- REMONDIÈRE Rémi, *La question de la kinésithérapie en 1946*, La revue du Praticien, 2003, p. 355-358
- RIGAUX Philippe, *Anniversaire - 10 ans ensemble*, La lettre du Cadre de santé kinésithérapeute, Septembre 2003, n°20, p. 5
- ROLLAND Juliette, *Développement des spécialités médicales et la kinésithérapie, L'histoire des techniques thermales d'Aix-les-Bains*, Société d'art et d'histoire d'Aix-les-Bains, n°75, décembre 2013.
- ROUBAN Marc, *Les députés*, les cahiers du CEVIPOF - Centre de recherche politiques de Sciences Po., n°55, Septembre 2011
- SAFON Marie-Odile, *Historique des réformes hospitalières en France*, Historique des réformes hospitalières en France, IRDES, 2011 ;
- SCHWEYER François-Xavier, *Histoire et démographie médicales, Les médecins aujourd'hui en France*, Actualité et dossier en santé publique n° 32, Haut Conseil en Santé Publique, septembre 2000

- SELUSI Sophie, « *Action en répétition de l'indu à l'encontre d'un infirmier libérale : vers un changement de l'exercice de la profession ?* », *Revue droit et santé*, juillet 2015, n° 66, p. 579-582
- STEVENIN Philippe, *Rentrée scolaire 1995 dans les 3 Ecoles des Cadres en Kinésithérapie*, *La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute*, novembre 1995, n°5, p.12
- TABUTEAU Didier, *Les nouveaux défis des professions de santé : Pouvoirs publics et professions de santé*, *Les tribunes de la santé*, n° 26, printemps 2010, p. 119
- TAMAROZZI Federica, *Mettre la pression ou faire pression? La relation entre masseur et massé dans le contexte de la cure thermale d'Aix-les-Bains*, *Corps*, 2006/1, n°1, p.111-116
- VEAU Véronique et BOREL-MAISONNY Suzanne, *La phonation après les opérations pour division palatine*, *Revue Française de Pédiatrie*, 7, 3, 1933, p. 333-342.
- VAN DEN BRINCK Hélène, FOURASSIER Éric « *La libre circulation des patients dans l'Union européenne: enjeux et perspectives* », *Revue Générale de Droit Médical*, n° 29, 2008, p.199-211
- VLAEMINKX Jacques, *Débats d'opinions. Spécial réforme : M.C.M.K. ou cadre de santé ?* *La lettre du MCMK*, juin 1995, n°4, p. 2
- WIROTIUS Jean Michel, *Histoire de la rééducation*, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 26-005-A-10, Elsevier, Paris, 1999

3. Avis autorités administrative

- Conseil de la concurrence, Avis n° 07-A-02 du 16 mars 2007 relatif au projet de décret portant modification du décret n° 98-246 du 2 avril 1998 relatif à la qualification professionnelle exigée pour l'exercice d'activités prévues à l'article 16 de la loi n° 96-603 du 16 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat, en ce qui concerne l'activité de modelage esthétique de confort sans finalité médicale
- Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM): Décision du 11 mars 2005 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, *JORF* du 30 mars 2005, p. 5309

4. Circulaires

- CNOMK, *L'Exercice illégal de la masso-kinésithérapie : Fondements et procédure*, circulaire n° Jur/YA/RC/MG/ n°1/ 08.04.08, 8 avril 2008, p. 8 & s.
- CNOMK, *L'exercice illégal de la masso-kinésithérapie : bilan des actions menées par l'Ordre pour l'année 2009*, circulaire n° Jur/YA/MG/n°1/10.04.09, 10 avril 2009
- CNOMK, *L'Exercice illégal de la masso-kinésithérapie par des personnes non titulaires du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute, Fondement et procédure*, Jur/YA/RC/MG/ n°1/ 09.04.16, 16 avril 2009
- CNOMK, *Définition du modelage*, circulaire n° Jur/Président/G.ORS/n°01/10.07.27, 27 juillet 2010
- CNOMK, Compte rendu synthétique de la Commission Autorisation d'Exercice Diplômes Étrangers, Alain Macron Secrétaire général CROMK LR, 17 janvier 2011
- CNOMK, communiqué du 14 février 2011 - Rapport Hénart
- CNOMK, CACULIAN Elena, SERBESCU Carmen, STANCA Daniela, *Kinésithérapie en Roumanie*, Fédération Roumaine de Kinésithérapie, CNOMK, 25-26 mars 2012
- CNOMK, CĂCIULAN Elena (Présidente), STANCA Daniela (Secrétaire), Federatia Romana a asosiatiilor de kinoterapie, Lettre à l'attention du Président de l'Ordre de Masseurs-Kinésithérapeutes de France, Monsieur Jean Paul DAVID, n°19/28.02.2013, 28 février 2013
- Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) : Circulaire n° DGOS/RH2/2011/169 du 11 mai 2011 relative à la mise en oeuvre de la déconcentration des procédures d'autorisation d'exercice et de libre prestation de services (professions paramédicales), NOR : ETSH1112983C
- Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) : Circulaire DGOS/RH2/2013/165 du 18 avril 2013 relative aux procédures de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants d'un Etat hors Union européenne ou non partie à l'Association Européenne de Libre Echange titulaires d'un titre de formation délivré par un des Etats membres ou parties (professions paramédicales).

- Direction Générale de la Santé Publique: Circulaire DGS/OB n° 925 du 14 juin 1989 précisant certaines dispositions du décret n° 88-659 du 6 mai 1998 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice
- Direction Générale de la Santé Publique :Circulaire du 17 février 1960 relative à la réadaptation médicale (non parue au Journal Officiel) du directeur général de la santé publique
- Direction de l'Hospitalisation, Circulaire n° 238/DH/4 du 23 Février 1976 relative à la situation des ergothérapeutes, des psychorééducateurs et des pédicures dans les Etablissements relevant du livre IX du Code de la Santé Publique
- Ministère de la Justice, Direction des Affaires criminelles et des grâces, sous-direction de la justice pénale spécialisée, bureau de la santé publique, du droit social et de l'environnement, réf. CRIM REQ G4 N° 2008001190228/MG/FB, 26 mai 2008

5. Dictionnaires, Encyclopédies

- Dictionnaire abrégé des termes de médecine, Jacques Delamare, 4^{ème} édition, Maloine, 2004
- Dictionnaire du droit privé (Serge BAUDO) :, <http://www.dictionnaire-juridique.com/>
- Dictionnaire étymologique français « Une représentation du trésor lexical gallo-roman», t. 19, pp.122-123).
- Dictionnaire Gaffiot, Latin-Français, 1934
- Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain REY, le Robert, éd. 2012
- Dictionnaire Larousse, <http://www.larousse.fr/>
- Dictionnaire Le Grand Robert de la langue française, édition numérique, 2014
- Encyclopédie Universalis : <http://www.universalis.fr/>

6. Ressources numériques

- ACADEMIE DE MEDECINE, « Les formations médicales spécialisées en France », Bull. Acad. Natle Méd., 2010, 194, no 1, 123-139, séance du 19 janvier 2010, <http://www.academie-medecine.fr/>
- ALBERTI Thierry: Le cadre formateur : vers quelle professionnalisation ? Source : <http://www.cadredesante.com/spip/infos/actus/article/le-cadre-formateur-vers-quelle-professionnalisation.html>
- BARDOT André & MACOUIN Antoine (docteurs), *Naissance et développement d'un syndicat, le SYFMER fête ses 50 ans*, <http://www.syfmer.org/>
- BENJAMIN Anna, *La Belgique instaure des quotas d'étudiants étrangers en médecine et dentaire*, Le Monde.fr | 29.06.2012 à 10h17 • Mis à jour le 04.07.2012 à 14h47, <http://www.lemonde.fr/europe/>
- CARTIER Marie, *Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Becker et Gold*, résumé, <http://www.cairn.info/>
- COTTRET Yves, Président du CNKS, Professions et métiers hospitaliers, Réglementation du Cadre de santé, Source : <http://personnellesante.fr/etablissement-sante-environnement/reglementation-du-metier-cadre-de-sante.html>
- Décret régulant le nombre d'étudiants dans certains cursus de premier cycle de l'enseignement supérieur du 16 juin 2006, Supérieur universitaire V.C.134, Lois 30746 p.1, source : Centre de documentation administrative <https://www.ulg.ac.be/upload/docs/application/pdf/2012-08/>
- Euro guidance, Belgique - Etudes en masso-kinésithérapie, Document rédigé par les directions des Ecoles de kinésithérapie de la Communauté française de Belgique, mars 2013, <http://www.euroguidance-france.org/>
- La France de la reconstruction 1945-1946. Source : <http://www.charles-de-gaulle.org/>
- LAROQUE Pierre, Sources <http://www.conseil-etat.fr>
- MATHIEU Béatrice, rédactrice en chef adjointe, l'Expansion, « *Que retenir de l'héritage de Marie Curie ?* » chaîne Energie, mardi 15 mai 2012, sources : <http://energie.lexpansion.com/>

- MOITRIER Jean. *Y-a-t-il un plan français de Sécurité sociale ?* In: Revue économique. Volume 18, n°2, 1967, <http://www.persee.fr/>
- MONTAGNON Monique « *Qu'est-ce que le Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP) ?* », Haute Autorité de santé, Lettre DPC & Pratiques n° 70, décembre 2012. Source : <http://www.has-sante.fr/>
- Ordre National des Infirmiers, « *Nouveaux rôles infirmiers : une nécessité pour la santé publique et la sécurité des soins, un avenir pour la profession* », Communiqué, 14 septembre 2010, p.3. Source : <http://www.ordre-infirmiers.fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé : Comité d'experts de l'Administration de la Santé Publique, Premier rapport, Série de rapports techniques, OMS, Genève, Septembre 1952. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_55_fre.pdf [archive]
- PUCCINI Ariane, Rapport Hénart : de nouveaux métiers paramédicaux à Bac +5, ActuSoins, 2 février 2011. Source : <http://www.actusoins.com/>
- Rémi Remondiere, « L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946) », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques* [En ligne], 12 | 1994, mis en ligne le 27 février 2009, consulté le 11 décembre 2013. URL : <http://ccrh.revues.org/>
- VALADE Bernard, « *Fermeture des maisons closes* », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 23 juin 2013, <http://www.universalis.fr/encyclopedie/fermeture-des-maisons-closes/>
- WEYGAND Zina, « *Les aveugles au travail* », Documents pour l'histoire des techniques, 2e semestre 2008, mis en ligne le 04 octobre 2010, consulté le 12 octobre 2012. URL : <http://dht.revues.org/>

5. Circulaires, communiqués

- CNOMK, *L'exercice illégal de la masso-kinésithérapie : bilan des actions menées par l'Ordre pour l'année 2009*, circulaire n° Jur/YA/MG/n°1/10.04.09, 10 avril 2009
- CNOMK, *L'Exercice illégal de la masso-kinésithérapie : Fondements et procédure*, circulaire n° Jur/YA/RC/MG/ n°1/ 08.04.08, 8 avril 2008, p. 8 & s.
- CNOMK, *L'Exercice illégal de la masso-kinésithérapie par des personnes non titulaires du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute, Fondement et procédure*, Jur/YA/RC/MG/ n°1/ 09.04.16, 16 avril 2009

- CNOMK, *définition du modelage*, circulaire n° Jur/Président/G.ORS/n°01/10.07.27, 27 juillet 2010
- CNOMK, communiqué du 14 février 2011 - Rapport Hénart
- Ministère de la Justice, Direction des Affaires criminelles et des grâces, sous-direction de la justice pénale spécialisée, bureau de la santé publique, du droit social et de l'environnement, réf. CRIM REQ G4 N° 2008001190228/MG/FB, 26 mai 2008

6. Ressources électroniques : Sites Internet

- ActuSoins : <http://www.actusoins.com/>
- ALIZE, Syndicat de masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux : <http://www.ffmkr.org/>
- Amis du musée de la kinésithérapie (les) : <http://musee-kine.fr/>
- Assemblée Nationale : <http://www.assemblee-nationale.fr/>
- Annuaire de gériatrie du web : <http://www.geriatrieweb.fr/>
- Autorité de la Concurrence : <http://www.autoritedelaconcurrence.fr/>
- Centre de documentation administrative (Belgique): <https://www.ulg.ac.be/>
- Centre international de recherche et de développement de l'haptonomie : <http://haptonomy.org/>
- Confédération Nationale Artisanale des Instituts de Beauté : <http://www.cnaib.fr/>
- Conseil Constitutionnel : <http://www.conseil-constitutionnel.fr/>
- Conseil d'Etat : <http://www.conseil-etat.fr/>
- Conseil National de l'Ordre des Infirmiers : <http://www.ordre-infirmiers.fr/>
- Conseil National de l'Ordre des médecins : <http://www.conseil-national.medecin.fr/>
- Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes : <http://www.ordremk.fr/>
- Conseil National de l'Ordre des Pédiatres-Podologues : <http://www.onpp.fr/>
- Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes : <http://www.onpp.fr/>
- Cour de cassation : <https://www.courdecassation.fr/>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) : <http://www.drees.sante.gouv.fr/>
- Ecole européenne du toucher – massage : <http://www.ifjs.fr/>
- Europa, synthèse des législations, <http://europa.eu/legislation>
- Euroguidance : <http://www.euroguidance-france.org/>

- Fédération française des associations d'infirmes moteurs cérébraux, <http://www.ffaimc.org/>
- Fédération Française de Massage Bien Être : <http://www.ffmbe.fr/>
- Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes : <http://www.ffmkr.org/>
- Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie : <http://www.fnek.fr/>
- Haute Autorité de santé: <http://www.has-sante.fr/>
- Hôpitaux de Saint-Maurice : <http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/historique-hopital/>
- Institut de formation en psychomotricité de Toulouse : <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/>
- Institut de formation en masso-kinésithérapie de Montpellier : <http://www.kinemontpellier.org/>
- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques: <http://www.insee.fr/>
- Journal Officiel de la république Française : <https://www.journal-officiel.gouv.fr/>
- Lamyline : <http://lamyline.lamy.fr/>
- Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- Le Monde :
- LPG System SA : <http://www.lpgsystems.fr/endermologie/>
- Ministère de l'éducation Nationale : <http://www.education.gouv.fr/>
- Ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/>
- Ordre National des Infirmiers : <http://www.ordre-infirmiers.fr/>
- Sénat : <http://www.senat.fr/>
- Service public fédéral de la Justice (Belgique) : <http://justice.belgium.be/fr/>
- Société Française de Physiothérapie : <http://www.sfphysio.fr/>
- Soins holistiques : <http://www.for-me-soins-holistiques.com/>
- Syndicats National des masseurs-Kinésithérapeutes : <http://www.ffmkr.org/>
- Union européenne (directives) : <http://europa.eu/eu-law/>
- Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie : <http://www.ameli.fr/>
- Vie publique : <http://www.vie-publique.fr/>
- Wikipédia : <http://fr.wikipedia.org/>
- World Confederation of Physical Therapy : <http://www.wcpt.org/>

7. Divers

- France Soir, édition du 16 juin 2005
- « *La bohème* », interprète Charles Aznavour, auteurs-compositeurs Charles Aznavour & Pascal Plante, 1965

Index alphabétique

A.

Amblyopie : diminution très importante de l'acuité visuelle sans lésion organique apparente

Anoxie : Diminution de la quantité d'oxygène distribuée aux tissus par le sang dans l'unité de temps.

Arthrologie: partie de l'anatomie qui traite des articulations

Association européenne de libre-échange (AELE) : Association d'États visant à établir une zone de libre-échange en Europe. Sont membres de l'AELE L'Islande, le Lichtenstein, la Norvège et la Suisse

B.

Basse fréquence (courants) : En rééducation, les courants qualifiés de basse fréquence (inférieurs à 1000 Hertz) sont utilisés pour provoquer des contractions involontaires des muscles dans un but thérapeutique ou sportif.

BCG : Initiales du bacille *bilié* de Calmette-Guérin). Bacille tuberculeux d'origine bovine rendu inoffensif par des passages très nombreux sur milieu bilié, servant pour la vaccination antituberculeuse.

Bilié : Qui contient de la bile. Vaccin obtenu à partir de bacilles cultivés en milieu bilié.

Biotypologie : Science qui tente d'établir une typologie humaine dans un groupe ethnique d'après les types physiques (anatomie, physiologie) liés à des tendances psychologiques. La biotypologie utilise à la fois les données de l'anthropologie et de la psychométrie (on dit aussi typologie). Elle classe les individus en biotypes.

Brevet d'études du premier cycle (BEPC) : Diplôme certifiant l'acquisition de connaissances générales requises au terme de la scolarité en collège. Institué par le décret n° 47-2052 du 20 octobre 1947 instituant le brevet d'études du premier cycle du second degré, JORF du 23 octobre 1947, p.10478-10479

C.

Cinésiologie : Science du mouvement dans ses rapports avec l'éducation, l'hygiène, et la thérapeutique.

Cinésithérapie : Terme désuet pouvant être défini comme un traitement par le mouvement. Peut être considéré comme synonyme de kinésithérapie (traitement agissant sur l'organisme en lui imprimant des mouvements actifs ou passages : massages, gymnastique, rééducation fonctionnelle).

Certificat d'aptitude à l'enseignement de la gymnastique (CAEG) : Institué par le décret du 12 mars 1869. Il deviendra obligatoire pour enseigner la gymnastique dans les lycées et collèges. Il est l'ancêtre de l'actuel Certificat d'aptitude au professorat d'éducation physique et sportive (CAPEPS).

Certificat d'études primaires élémentaires : Diplôme sanctionnant la fin de l'enseignement primaire élémentaire et attestant l'acquisition de l'écriture, de la lecture, du calcul, de l'histoire-géographie et des sciences naturelles. Officiellement supprimé en 1989, il avait été mis en place par une circulaire ministérielle du 20 août 1866 et institué par l'article 6 de la loi « Jules Ferry » du 28 mars 1882 sur l'enseignement primaire obligatoire.

Cervicalgie : Affection douloureuse de la région cervicale d'origine traumatique ou rhumatismale

Coma : État pathologique caractérisé par une perte de conscience, de sensibilité et de motilité, avec conservation relative des fonctions végétatives.

Coma dépassé : coma très profond et total où la survie est assurée uniquement par des moyens artificiels (respiration artificielle, stimulateur cardiaque, perfusion intraveineuse).

Cirrhose: Affection hépatique associant une sclérose annulaire et mutilante, des nodules parenchymateux de régénération et une nécrose cellulaire. La cirrhose alcoolique est la variété la plus fréquente en France de cirrhose. Qu'elle soit atrophique ou hypertrophique, elle est la conséquence de la stéatose et de l'hépatite alcoolique qui, souvent intriquées, constituent le foie alcoolique

D.

Débit de pointe expiratoire (PEF) : débit instantané maximal réalisé au cours d'une manœuvre d'expiration forcée exécutée à partir de la position d'inspiration complète.

Débitmètre de pointe (peak flow en anglais) : système portable, léger et peu encombrant qui permet de mesurer le débit de pointe expiratoire et la surveillance par le patient de sa fonction respiratoire afin d'adapter son traitement.

Déficienc : Toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique, OMS, Classification Internationale des Handicaps, 1980

Diktat : Chose « dictée », imposée.

Dispositifs médicaux : produits de santé, y compris les logiciels, ayant une revendication d'utilisation à des fins médicales et dont le mode d'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme sinon le produit est qualifié de médicament (article R.5211-2 CSP).

Dyslexie : difficulté particulière à reconnaître, à comprendre et reproduire les symboles écrits.

E.

Echevinage : Système d'organisation judiciaire dans lequel les affaires sont entendues et jugées par des juridictions composées à la fois, de magistrats professionnels, et de personnes n'appartenant pas à la magistrature professionnelle. Les échevins sont généralement élus par des organisations professionnelles ou syndicales

Effet domino : réaction en chaîne, suite de causes à effets, réagissant en chaîne suite à une première action.

Episthésiste : Concevoir, fabriquer et adapter des appareillages sur mesure de la face et/ou des oreilles

Ersatz : Produit alimentaire qui en remplace un autre, de qualité supérieure, devenu rare. Ce qui remplace quelque chose.

Escarre : plaie consécutive à une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive et prolongée

Espace économique européen : Union économique composé des 28 Etats membres de l'Union européenne, de l'Islande, du Liechtenstein et de la Norvège. La Suisse applique les règlements européens en matière de sécurité sociale depuis le 1er juin 2002.

Eutocie : accouchement qui se déroule normalement

F.

Feed-back : Réglage des causes par les effets. Dispositif d'auto-correction permettant de régulariser son action par le jeu des écarts mêmes de cette action. Dans un processus, modification de ce qui précède par ce qui suit.

Fente labiopalatine : malformation du visage provenant d'un défaut de soudure des bourgeons faciaux. Elle se présente le plus souvent sous la forme d'une simple fissure de la lèvre supérieure, anciennement appelée « bec de lièvre ».

Fléau: calamité qui s'abat sur un peuple

G.

Graphomotricité :

1. Détermination des constantes de l'écriture.
2. Difficulté dans l'acquisition ou l'exécution de l'écriture, liée à des troubles fonctionnels (en l'absence de déficiences intellectuelles)
3. Psychomotricité appliquée à l'écriture

H.

Handicap : conséquence socio-professionnelle d'une déficience ou d'une incapacité

Haptonomie : Discipline qui utilise les contacts, essentiellement tactiles, pour leurs effets dans la vie affective et les relations humaines.

Heilpraktiker : Souvent traduit en français par « praticien de santé ». Naturopathe, praticien dans le domaine de la médecine parallèle serait une traduction plus juste.

Holisme : (du grec holos, entier) théorie selon laquelle l'homme est un tout indivisible qui ne peut être expliqué par ses différentes composantes (physique, physiologique, psychique) considérées séparément. Système d'explication globale

Holiste, holistique: mot apparu au milieu du XXème siècle, du grec holos «entier» -*Holo-* et -*iste-*, ou de l'anglais « holistic », de même origine. Qui concerne le holisme, qui relève de l'holisme.

Holothérapeute : Individu pratiquant l'holothérapie

Holothérapie : Méthode ayant pour objectif un rééquilibrage global de l'organisme dans ce qu'il est convenu d'appeler son métabolisme : rééquilibrage du corps et de ses énergies. L'holothérapie est dérivée de l'holisme.

Hydrothérapie : emploi thérapeutique de l'eau sous toutes ses formes à des températures variables et de toutes les manières ; traitement par usage externe de l'eau.

Hygiénisme : courant de pensée né au 19ème siècle associant actions politique, sociale, urbanistique, médicale dans lequel l'hygiène alimentaire, l'hygiène corporelle et l'hygiène de vie sont indissociables. Les découvertes de Louis Pasteur ont été un des principaux supports de cette doctrine qui a profondément bouleversé l'organisation sociétale en matière d'urbanisme, d'architecture, de médecine, etc.

Hylémorphisme : Théorie d'après laquelle les êtres corporels sont le résultat de deux principes distincts et complémentaires, la matière et la forme (Aristote).

Hypoxie : Diminution de la quantité d'oxygène contenue dans le sang. Forme légère d'anoxie

I.

Impétrant : Personne qui impète, qui obtient quelque chose, bénéficiaire. Personne qui a obtenu un diplôme.

Incapacité : Toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain », OMS, Classification Internationale des Handicaps, 1980

Infirmité motrice cérébrale ou Paralysie Cérébrale (Cerebral Palsy en anglais) : Terme désignant un groupe de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activité, imputables à des événements ou atteintes non progressives survenus sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson. Les troubles moteurs de la Paralysie Cérébrale sont souvent accompagnés de troubles sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, par une épilepsie et par des problèmes musculo-squelettiques secondaires.

Inglorieuse : Qui n'a acquis aucune gloire, Qui ne procure aucune gloire. Contraire de glorieuse

K.

Kinéplastie : Technique de masso-kinésithérapie dédiée aux traitements des problèmes cutanées de quelques origines qu'ils soient. Se divisent en deux variantes : l'esthétique du visage et du cou, le thérapeutique (traitement des brûlures et de leurs séquelles)

Kinésithérapie : Kinésithérapie (1847) nom féminin formé de *kinési*, élément tiré du grec *kinêsis* « mouvement » et de thérapie qui fournit le second élément de nombreux termes médicaux. Il est communément admis que le créateur de ce mot fut un gymnaste suédois Carl August Georgii, 1808-1881, sous-directeur de l'Institut royal de gymnastique de Stockholm.

L.

Ligamentoplastie : Opération réparatrice d'un ou plusieurs ligaments réalisée par greffe d'un ligament prothétique ou transplantation ou translocation* d'un tendon musculaire.

M.

Maison de tolérance : établissement de prostitution

Méniscectomie : Ablation partielle ou totale d'un des ménisques du genou

Mens : (latin) FACULTÉ INTELLECTUELLE, INTELLIGENCE, FACULTÉ INTELLECTUELLE DE L'ESPRIT

Métonymie : figure de mots, procédé rhétorique par lequel on exprime un concept au moyen d'un terme désignant un autre concept qui lui est uni par la relation nécessaire (la cause pour l'effet, le contenant pour le contenu, le lieu ou le producteur pour la production , le signe pour la chose signifiée,...)

Morbidité : du point de vue statistique, nombre (absolu ou relatif) des malades dans un groupe donné et pendant un temps déterminé

Morphologie : Étude de la configuration et de la structure externe

Moyenne fréquence (courants) : En rééducation les courants de moyenne fréquence (entre 1000 et 10 000 hertz) sont le plus souvent utilisés sous différentes formes dans un but antalgique.

Mundillo : mot emprunté à l'espagnol, groupe restreint et plus ou moins fermé de personnes ayant la même position sociale ou professionnelle

Myologie : partie de l'anatomie qui étudie les muscles

N.

Neuropharmacologie : Partie de la pharmacologie qui étudie l'action des drogues ou des substances pharmacologiques sur les nerfs et le système nerveux central.

O.

Ophtalmologie : Discipline de la médecine, spécialisée dans la prise en charge de la santé de l'appareil visuel et de ses annexes. Individualisée de la chirurgie générale par la loi du 22 décembre 1878 portant création de la première chaire de Clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris, ses objectifs sont de préserver, rétablir, améliorer la fonction visuelle et d'en limiter et suppléer les déficiences.

Orthèse : Appareillage destiné à corriger une altération morphologique et fonctionnelle. Une orthèse supplée une fonction altérée à la différence d'une prothèse qui remplace une fonction qui a disparue.

Orthopédiste : médecin dont la spécialité est de prévenir et de corriger les difformités du corps. Par extension, chirurgien des os et des articulations.

Ostéosynthèse : Solidarisation des fragments d'un os fracturé, au moyen d'agrafes, de vis, de boulons, de clous, de plaques métalliques.

P.

Patente : impôt créé par le décret d'Allarde des 2 et 17 mars 1791 dont la finalité était de taxer un revenu présumé en fonction de l'outil de travail. Initialement, seuls les loyers industriels étaient concernés. Profondément modifié en 1844, cet impôt direct que payaient les commerçants, artisans et professions libérales sera remplacé en 1976 par la taxe professionnelle.

Pathognomonique (signe): symptôme qui se rencontre seulement dans une maladie déterminée. Qui suffit à en établir le diagnostic

Pays tiers : En droit communautaire, expression désignant les pays qui ne font pas partie de l'Union européenne ni de l'Espace Economique Européen

Périnée: Plancher du petit bassin, constitué par une zone limitée en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne, sur les côtés par les branches ischio-pubiennes et en arrière par le sacrum et le coccyx. Le périnée s'étend entre l'anus et les parties génitales.

Pessaire: Petit appareil, introduit dans le vagin de la femme, utilisé pour remédier aux déviations de l'utérus.

Pénultième : Avant-dernier

Phlébologie: Étude des maladies des veines, de leurs traitements

Phtisiologue : Médecin spécialiste en phtisiologie

Phtisiologie : Partie de la médecine qui étudie la tuberculose pulmonaire

Physiothérapie : Utilisation thérapeutique d'agents naturels tels que l'eau douce ou salée (cures thermales, balnéothérapie, thalassothérapie), la boue (fangothérapie), certaines huiles minérales comme la paraffine (paraffinothérapie), le climat (soleil, altitude), la chaleur et l'électricité (courants continus ou discontinus à basse ou haute fréquence, diathermie, ionisation, ultrasons)

Poliomyélite antérieure aiguë ou maladie de Heine-Medin : maladie infectieuse d'origine virale caractérisée anatomiquement par une atteinte des cornes antérieures de la moelle épinière sur une étendue limitée et cliniquement, par l'apparition brusque, après quelques jours de fièvre et de céphalée, d'une paralysie flasque localisée à un ou plusieurs groupes musculaires qui s'atrophient. Chez l'enfant et l'adolescent, la croissance osseuse est perturbée ce qui entraîne des déformations définitives.

Polynévrite éthylique: Atteinte bilatérale et symétrique des nerfs périphériques d'origine toxique (alcool)

Poliomyélite antérieure aiguë (PAA), maladie de Heine-Medin : Paralysie infantile est une maladie infectieuse virale, donc contagieuse, pouvant entraîner des paralysies plus ou moins graves et plus ou moins diffuses. Elle peut être rapidement mortelle en cas d'atteinte des muscles respiratoires. Il s'agit, d'une atteinte de la substance grise de la moelle épinière dans sa partie antérieure, les cornes antérieures, parties qui intéressent exclusivement la motricité. La paralysie est exclusivement motrice.

Pouvoir souverain : Le Code de l'organisation judiciaire et le Code de procédure civile, délimitent le pouvoir propre à chaque juridiction et la manière dont elle est saisie et spécifie comment il est procédé. Lorsque ce pouvoir lui permet d'apprécier une circonstance de fait, qui échappe au contrôle de la Cour de Cassation : on dit alors que son pouvoir est "souverain".

R.

Réingénierie : (Néologisme). Réorganisation dans sa globalité d'un processus industriel ou d'un système d'information existant dans le but de le rendre plus efficient. Réingénierie peut se définir comme la remise en cause constructive d'une discipline, d'une activité.

S.

Sécurité sanitaire : Définie à l'origine comme la sécurité contre les risques liés au fonctionnement du système de santé, aujourd'hui sa définition est beaucoup plus large englobant « l'ensemble des actions et des procédures permettant de réduire la probabilité des risques ou la gravité des dangers qui menacent la santé de la population et pour lesquelles l'action des pouvoirs publics est nécessaire ».

Sémantique : Etude méthodique du langage considéré du point de vue du sens, théorie visant à rendre compte des phénomènes signifiants dans le langage

Shiatsu : méthode japonaise qui consiste à exercer une pression des doigts au niveau des points d'acupuncture pour stimuler les flux d'énergie vitale et les rééquilibrer.

Stato-morphologique : Néologisme composé du préfixe « stato » préfixe tiré d'un mot grec signifiant "stable, stationnaire" et entrant en composition dans de nombreux termes techniques et de « morphologique » Relatif à la morphologie qui est l'étude de la configuration et de la structure externe d'un organe ou d'un être vivant.

Strabisme : Défaut de convergence des deux axes visuels vers le point fixé, le sujet ne regardant qu'avec un seul œil. Le strabisme est tantôt divergent, tantôt convergent.

Strabologie : Spécialité médicale dont la finalité est l'étude des anomalies de la vision binoculaire.

SUBORDINATION : SITUATION DE DÉPENDANCE DU TRAVAILLEUR PLACÉ, EN DROIT, SOUS L'AUTORITÉ DE CELUI POUR LEQUEL IL EFFECTUE UNE TÂCHE.

Superfétatoire : Qui s'ajoute inutilement (à une autre chose utile), Superflu

Supin : (Grammaire latine) Substantif verbal de formation analogue à celle des noms à thème en -u

T.

Tendinopathie : Affection dégénérative d'un tendon musculaire d'origine traumatique ou rhumatismale

Translocation : Opération par laquelle on modifie le trajet d'un tendon pour en changer la fonction

Tsunami : étymologie 1915; transcription d'un mot japonais, de tsu « port » et nami « vague », Raz de marée, sur les côtes du Pacifique. Par analogie : Vague séismique.

Tuberculose : Maladie infectieuse et contagieuse, inoculable due à un microbe, le *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacille de Koch, caractérisée anatomiquement par la dissémination des bacilles dans tout ou partie de l'organisme (le plus souvent les poumons) et la formation autour de chaque centre bactérien d'une production inflammatoire, revêtant en général l'aspect d'un tubercule

Typhlophile : celui qui s'intéresse au patronage, à l'instruction, à la formation ou à la rééducation professionnelles des aveugles, ainsi qu'à l'aide morale et matérielle et à la propagande en leur faveur

U.

Universitarisation : Fait de donner un caractère universitaire à quelque chose ou de faire suivre une formation supérieure à quelqu'un ; ensemble d'établissements scolaires relevant de l'Enseignement Supérieur regroupés dans une circonscription administrative .

Urinal: Récipient à col incliné dans lequel un malade peut uriner allongé.

Usine à gaz : expression qui, après s'être employé pour désigner un appareil compliqué ou jugé tel [...] est devenu usuel pour « opération exagérément compliquée , complications inutiles »

V.

Variole (encore appelée « petite vérole) : Maladie infectieuse virale, épidémique et contagieuse due à un poxvirus (famille des Poxviridae), caractérisée par des signes généraux intenses et une éruption maculopapuleuse évoluant vers la suppuration. Cette affection a pratiquement disparu à la suite des campagnes internationales de vaccination.

Recueil chronologique de la législation et de la réglementation relatives à la profession de masseur-kinésithérapeute

1. Traités internationaux

- Convention internationale relative à la répression de la traite des femmes majeures, Genève, 11 octobre 1933 ratifiée par la France le 8 janvier 1947
- Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (extrait), tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

2. Directives européennes

- Directive 75/362/CEE du Conseil, du 16 juin 1975, visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services
- Directive 75/363/CEE du Conseil, du 16 juin 1975, visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités du médecin
- Directive 79/48/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 relative à un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur qui sanctionnent des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans
- Directive 89/48/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 relative à un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur qui sanctionnent des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans
- Directive 92/51/CEE du Conseil, du 18 juin 1992, relative à un deuxième système général de reconnaissance des formations professionnelles qui complète la directive 89/48/CEE
- Directive 94/38/CE de la Commission du 26 juillet 1994 modifiant les annexes C et D de la directive 92/51 /CEE du Conseil relative à un deuxième système général de reconnaissance des formations professionnelles qui complète la directive 89/48/CEE

- Directive 95/43/CE de la Commission, du 20 juillet 1995, modifiant les annexes C et D de la directive 92/51/CEE du Conseil relative à un deuxième système général de reconnaissance des formations professionnelles, qui complète la directive 89/48/CEE
- Directive 97/38/CE de la Commission du 20 juin 1997 modifiant l'annexe C de la directive 92/51/CEE du Conseil relative à un deuxième système général de reconnaissance des formations professionnelles qui complète la directive 89/48/CEE du Conseil (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE)
- Directive 2000/5/CE de la Commission, du 25 février 2000, modifiant les annexes C et D de la directive 92/51/CEE du Conseil relative à un deuxième système général de reconnaissance des formations professionnelles, qui complète la directive 89/48/CEE (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE)
- Directive 2001/19/CE du Parlement européen et du Conseil du 14 mai 2001 modifiant les directives 89/48/CEE et 92/51/CEE du Conseil concernant le système général de reconnaissance des qualifications professionnelles, et les directives 77/452/CEE, 77/453/CEE, 78/686/CEE, 78/687/CEE, 78/1026/CEE, 78/1027/CEE, 80/154/CEE, 80/155/CEE, 85/384/CEE, 85/432/CEE, 85/433/CEE et 93/16/CEE du Conseil concernant les professions d'infirmier responsable des soins généraux, de praticien de l'art dentaire, de vétérinaire, de sage-femme, d'architecte, de pharmacien et de médecin (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE.) -
- Directive 2003/109/CE du Conseil du 25 novembre 2003 relative au statut des ressortissants de pays tiers résidents de longue durée
- Directive du n° 2005/36/CE du 7 septembre 2005 - Considérant n° 43, JO UE du 30 septembre 2005, p. L255/27
- Directive 2009/50/CE du Conseil européen du 25 mai 2009 établissant les conditions d'entrée et de séjour des ressortissants de pays tiers aux fins d'un emploi hautement qualifié

3. Lois

- Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, JORF 1^{er} décembre 1892, p. 5749 - 5751
- Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, JORF du 02 juillet 1901, version consolidée au 02 août 2014, JORF du 01 août 2014

- Loi du 2 janvier 1918 Rééducation fonctionnelle, Office National des Mutilés et Réformés de la guerre, JORF du 3 janvier 1918, p. 99
- (Proposition de loi relative au statut légal des infirmières et des infirmiers, Article 3, Projet de Statut légal des infirmiers-masseurs. Chambre des Députés, 2e séance, 28 janvier 1937),
- Loi du 15 janvier 1943, Réglementation de la profession de masseur médical, JORF du 11 février 1943, p. 394
- Loi n° 46-330 du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers, JORF du 9 avril 1946 p. 2958
- Loi n° 46-685 du 13 avril 1946 dite Marthe Richard tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme, JORF 14 avril 1946, p. 3138
- Loi n° 46-857 du 30 avril 1946 tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur gymnaste médical et de pédicure, JORF du 1^{er} mai 1946, page 3653
- Loi n° 46-1146 du 22 mai 1946 portant généralisation de la sécurité sociale, JORF du 23 mai 1946, p. 4475
- Loi n° 46-1835 fixant le régime des allocations familiales, J.O. 23 août 1946, p.7350, rectificatif J.O. du 3 septembre 1946, p. 7631
- Loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, JORF du 31 octobre 1946, p. 9273
- Loi n° 64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste, JORF du 11 juillet 1964, page 6174
- Loi n° 65-497 du 29 juin 1965 portant extension aux départements d'Outre-mer des dispositions relatives à l'exercice des professions de masseur-kinésithérapeute, de pédicure et d'opticien-lunetier, JORF du 30 juin 1965, p. 5439
- Loi n°68-978 du 12 novembre 1968 dite Edgar Faure d'orientation de l'enseignement supérieur, JORF du 13 novembre 1968, p. 10579
- Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 03 janvier 1971, p. 67

- Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des handicapés, JORF du 1^{er} juillet 1975, p. 6596
- Loi n° 75-988 du 29 octobre 1975 relative au développement de l'éducation physique et du sport, JORF du 30 octobre 1975, p. 11180
- Loi n° 80-527 du 12 juillet 1980 modifiant certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière et de certaines autres professions d'auxiliaires médicaux, JORF du 13 juillet 1980, p.1758
- Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, JORF du 09 janvier 1983, p. 215
- Loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur, JORF du 27 janvier 1984
- Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, publié au JORF du 5 février 1995, p. 1992
- Loi n° 2000-597 du 30 juin 2000 relative au référé devant les juridictions administratives, JORF n°151 du 1^{er} juillet 2000, p. 9948
- Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p. 4118
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF du 11 août 2004, p. 14277
- Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, JORF du 17 août 2004, p. 14570
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF du 17 août 2004, p. 14598
- Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers, JORF du 27 décembre 2006, p. 19692
- Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique (1) (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007), p. 1937

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF du 22/07/2009, p. 12206, 1210 & 1217
- Loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives, article 29, JORF du 23 mars 2012, p. 5226
- Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, JORF du 23 juillet 2013, p 12242
- Loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale, JORF du 06 mars 2014, p. 4872
- Projet de loi de modernisation de notre système de santé, n° 2302 1 2673, Chapitre III : Garantir l'accès aux soins, Article 18 : Généralisation du tiers-payant, adopté en 1^{ère} lecture par l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015

4. Ordonnances

- Ordonnance du 21 avril 1944 portant organisation des pouvoirs publics en France après la Libération, article 17, JORF du 22 avril 1944, p. 325
- Ordonnance n° 45-2184 du 24 septembre 1945 relative à 'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, J.O. 28 septembre 1945
- Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité Sociale, J.O. du 6 Octobre 1945, p. 6280
- Ordonnance n° 45-2453 du 19 octobre 1945 modifiant et codifiant la législation sur les accidents de travail et les maladies professionnelles et adaptant cette législation à l'organisation de la Sécurité Sociale, J.O. du 20 octobre 1945 page 6714
- Ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions agricoles, J.O. du 20 octobre 1945 page 6721
- Ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale, JORF du 25 janvier 1996, p. 1230
- Ordonnance n° 2001-199 du 1er mars 2001 relative à la transposition des directives 89/48/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 et 92/51/CEE du Conseil du 18 juin 1992 prévoyant un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur et des formations professionnelles, JORF du 03 mars 2001, p. 3395

- Ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions, publiée au JORF du 27 août 2005, p. 13923
- Ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale, article 1er-I-B, JORF du 25 janvier 1996, p. 1230
- Ordonnance n° 2008-507 du 30 mai 2008 portant transposition de la directive 2005/36/ CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JORF du 31 mai 2008, p. 9009
- Ordonnance n° 2009-1585 du 17 décembre 2009 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales, chapitre III relatif aux professions paramédicales, JORF du 19 décembre 2009, page 21906
- Ordonnance n° 2015-949 du 31 juillet 2015 relative à l'égal accès des femmes et des hommes au sein des ordres professionnels, JORF du 02 août 2015, p.13241

5. Décrets

- Décret du 13 août 1942 instituant un diplôme d'Etat de gymnastique médicale, JORF du 21 août 1942, page 2872
- Décret du 9 février 1944 Délivrance du brevet de capacité professionnelle de masseur médical, JORF du 22 février 1944, p. 559
- Décret n° 45-1874 du 20 août 1945 Conditions d'obtention du brevet de masseur médical, JORF du 22 août 1945, p. 5256
- Décret n°46-2862 du 27 novembre 1946 approbation du programme des études préparant au diplôme de masseur-kinésithérapeute, JORF du 8 décembre 1946, p. 10445
- Décret n°57-56 du 21 janvier 1957 mesures spéciales en faveur des candidats au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, maintenus ou rappelés sous les drapeaux, JORF du 22 janvier 1957, p. 934
- Décret n° 60-487 du 23 mai 1960 équivalence des titres exigés pour l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute en Algérie, JORF du 29 mai 1960, p. 4864
- Décret n°60-665 du 4 juillet 1960 relatif aux titres de masseur-kinésithérapeute, JORF du 9 juillet 1960, p. 6325

- Décret n° 60-1517 du 30 décembre 1960 accordant aux personnes autorisées à exercer les professions d'infirmier ou d'infirmière et de masseur-kinésithérapeute le bénéfice des dispositions du décret du 9 avril 1960 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-dermatologiste, JORF du 5 janvier 1961, p. 209
- Décret n° 62-106 du 18 janvier 1962, Annexe : Liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins, JORF du 1 février 1962, page 1111
- Décret n° 62-132 du 2 février 1962 relatif au recrutement et à l'avancement de certains agents des services médicaux des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cures publics (personnel infirmier, sages-femmes, puéricultrices et masseurs-kinésithérapeutes), JORF du 4 février 1962, p. 1233
- Décret n° 63-325 du 27 mars 1963 portant règlement d'administration publique relatif aux cumuls visés par l'article 3 du décret du 29 octobre 1936 (*« application des dispositions précitées aux membres du personnel enseignant relevant du ministère de l'Education Nationale le qui enseignent l'éducation physique et sportive et exercent à titre privé la profession de masseur-kinésithérapeute »*), JORF du 31 mars 1963, p. 3036
- Décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 3 avril 1963, p. 3182
- Décret n° 63-766 du 30 juillet 1963 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance 45-1708 du 31 juillet 1945 et relatif à l'organisation et au fonctionnement du conseil d'Etat, JORF du 1^{er} août 1963, p. 7107.
- Décret n° 63-1224 du 10 décembre 1963 relatif au statut particulier du personnel infirmier, des sages-femmes, des puéricultrices et des masseurs-kinésithérapeutes des établissements nationaux de bienfaisance, à l'exclusion du personnel infirmier de l'établissement de Saint-Maurice (hôpital psychiatrique), JORF du 12 décembre 1963, p. 11044
- Décret n° 67-652 du 25 juillet 1967 création d'un certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur, JORF du 5 août 1967, p. 7860
- Décret n° 69-282 du 28 mars 1969 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 30 mars 1969, p. 3175.
- Décret n° 70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute, JORF du 10 novembre 1970, p. 10417

- Décret n°71-683 du 17 août 1971 relatif à la composition, aux attributions et aux conditions de fonctionnement des comités de coordination hospitalo-universitaire, JORF du 20 août 1971, p 8294
- Décret n° 73-900 du 14 septembre 1973 portant abrogation des articles L490 et L495 du code de la santé publique concernant les professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, JORF du 20 septembre 1973, p. 10197
- Décret n° 74-112 du 15 février 1974 portant création du diplôme d'Etat de psychorééducateur, JORF du 17 février 1974 page 1887
- Décret n° 79-1020 du 27 novembre 1979 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 1 décembre 1979, p. 2991
- Décret du 27 mars 1981 fixant la liste des actes de massage et de gymnastique médicale que peuvent pratiquer au sein de l'établissement thermal national d'Aix-les-Bains les personnes mentionnées au 3^{ème} alinéa de l'article L.491 du code de la santé publique, JORF du JORF du 29 mars 1981, numéro complémentaire, p. 3305
- Décret n° 81-290 du 31 mars 1981 1981 portant application de l'article L. 510-9 du code de la santé publique aux professions de masseur-kinésithérapeute, JORF du 1 avril 1981, p. 907
- Décret n° 81-509 du 12 mai 1981 portant application à la profession de masseur-kinésithérapeute de la loi 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles, JORF du 14 mai 1981, p. 1411
- Décret n° 85-401 du 1 avril 1985 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 5 avril 1985, p. 4001
- Décret n° 85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 30 août 1985, p. 10032
- Décret n° 87-1038 du 23 décembre 1987 modifiant le décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 30 août 1985, p. 10032
- Décret n° 88-1235 du 30 décembre 1988 modifiant les décrets 81-290 du 31 mars 1981 et du 29 avril 1981 portant application de l'article L. 510-9 du code de la santé publique aux professions de masseur-kinésithérapeute et d'infirmier ou d'infirmière, JORF du 31 décembre 1988, p. 16828

- Décret n° 89-633 du 5 septembre 1989 modifiant le décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 8 septembre 1989, p. 11396
- Décret n° 91-1009 du 2 octobre 1991 pris pour l'application de l'article L.510-9-1 du code de la santé publique et relatif à l'exercice des professions de masseurs-kinésithérapeutes, d'orthophonistes et d'orthoptistes, JORF du 4 octobre 1991, p. 12953
- Décret n° 92-833 du 24 août 1992 relatif à la publicité des sociétés en participation d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes, d'orthophonistes, d'orthoptistes, de pédicures-podologues et de diététiciens, JORF du 28 août 1992, p. 11733
- Décret n° 93-1037 du 30 août 1993 modifiant le décret du 29 mars 1963 modifié relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 3 septembre 1993, p. 12400
- Décret no 94-344 du 26 avril 1994 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 3 mai 1994, p.6399
- Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF 9 octobre 1996, p. 14802
- Décret no 97-44 du 21 janvier 1997 relatif à l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes JORF du 22 janvier 1997 page 1089
- Décret no 97-45 du 21 janvier 1997 relatif aux modalités des élections aux différents conseils de l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes et au ressort territorial des conseils régionaux de cet ordre, JORF du 22 janvier 1997, p. 1092
- Décret n° 2000-577 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 29 juin 2000, p. 9767
- Décret n° 2006-270 du 7 mars 2006 relatif à la composition et aux modalités d'élection des conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des conseils de l'ordre des pédicures-podologues et de leurs chambres disciplinaires et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JORF du 9 mars 2006, p. 3540
- Décret n° 2006-415 du 6 avril 2006 relatif au remboursement des dispositifs médicaux prescrits par les masseurs-kinésithérapeutes et modifiant l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale, JORF du 8 avril 2006, p. 5321

- Décret n° 2006-695 du 14 juin 2006 relatif à la composition et aux modalités d'élection des conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JORF du 15 juin 2006, p. 9009
- Décret n° 2007-313 du 6 mars 2007 relatif à la composition et aux modalités d'élection des conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et de l'ordre des pédicures-podologues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JORF du 8 mars 2007, p. 4443
- Décret n° 2007-434 du 25 mars 2007 relatif au fonctionnement et à la procédure disciplinaire des conseils de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JORF du 27 mars 2007, p. 5654
- Décret n° 2007-825 du 10 mai 2007 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 12 mai 2007, p. 8761
- Décret n° 2007-974 du 15 mai 2007 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales, JORF du 16 mai 2007, p. 9372
- Décret n° 2008-517 du 2 juin 2008 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 3 juin 2008, p. 9134
- Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière, JORF du 23 août 2008, p. 13285
- Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 5 novembre 2008, p.16883
- Décret n° 2009-494 du 29 avril 2009 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 2 mai 2009, p.7432
- Décret n° 2010-451 du 3 mai 2010 relatif aux indemnités des membres élus des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues, JORF du 5 mai 2010, p. 8109
- Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, JORF du 31 décembre 2010, p. 23487

- Décret n° 2011-565 du 23 mai 2011 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 25 mai 2011, p. 8999
- Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux, JORF du 1^{er} janvier 2012, p. 29
- Décret n° 2012-30 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales, JORF du 11 janvier 2012, p. 521
- Décret n° 2012-994 du 23 août 2012 relatif au haut Conseil des professions paramédicales, JORF du 25 août 2012, p. page 13810
- Décret n° 2014-545 du 26 mai 2014 relatif aux procédures de contrôle de l'insuffisance professionnelle et aux règles de suspension temporaire des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues, JORF du 28 mai 2014, p.8921
- Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 04 septembre 2015, p. 15582

6. Arrêtés

- Arrêté du 30 juin 1944 De l'examen d'entrée aux écoles préparant au brevet de masseur médical, JORF du 12 juillet 1944, p. 1782
- Arrêté du 4 avril 1945 Commission provisoire de gymnastique médicale, JORF du 8 avril 1945, p. 1942
- Arrêté du 30 avril 1947 Conditions d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, JORF du 6 mai 1947, p. 4229
- Arrêté du 10 juillet 1947 Conditions de l'examen d'entrée aux écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 18 juillet 1947, p. 6893
- Arrêté du 31 décembre 1947 Actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié, JORF du 09 janvier 1948, p. 274
- Arrêté du 29 juillet 1953 Organisation des examens en vue du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 6 août 1953, p. 6937
- Arrêté du 6 juin 1955 Actes professionnels des auxiliaires médicaux, JORF du 19 juin 1955, p. 6146

- Arrêté du 18 juillet 1956 Modification et complément de l'arrêté du 31 décembre 1947 relatif aux actes professionnels des auxiliaires médicaux, JORF du 1^{er} août 1956, p. 7237
- Arrêté du 8 juillet 1959 réglementation des études en vue de la préparation aux diplômes d'Etat de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, JORF du 29 juillet 1959, p. 7561
- Arrêté du 22 avril 1960 Autorisation d'exercer la fonction d'aide-dermatologiste par les masseurs-kinésithérapeutes titulaires du certificat de cette spécialité, JORF du 24 avril 1960, p. 3832
- Arrêté du 8 août 1960 Réglementation des examens d'entrée dans les écoles de masseurs-kinésithérapeutes et de pédicures, JORF du 13 août 1960, p. 7595
- Arrêté du 9 août 1960 Conditions et épreuves de l'examen institué en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 13 août 1960, p. 7595
- Arrêté du 21 décembre 1960 (liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux), JORF du 28 décembre 1960, p. 11954
- Arrêté du 30 décembre 1960 Exercice des fonctions d'aide-dermatologiste par les personnes autorisées à exercer le massage et la gymnastique médicale et titulaires du certificat d'aptitude professionnelle de cette spécialité, JORF du 5 janvier 1961, p. 210
- Arrêté du 6 janvier 1962 (liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales), JORF du 1^{er} février 1962, p. 1111
- Arrêté du 5 avril 1963 Admission dans les écoles préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, à l'examen de passage et aux dispenses de stages et de scolarité, JORF du 19 avril 1963, p. 3660
- Arrêté du 22 mai 1963 Conditions et épreuves applicables en 1963 à l'examen institué en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 25 mai 1963, p. 4759
- Arrêté du 19 juin 1963 Conditions et épreuves applicables en 1963 à l'examen institué en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 11 juillet 1963, p. 6276

- Arrêté du 11 février 1964 Admission dans les écoles préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 15 février 1964, p. 1622
- Arrêté du 8 mai 1964 Modalités d'application du programme d'études et de l'examen du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute aux candidats aveugles, JORF du 10 mai 1964, p. 399
- Arrêté du 25 juillet 1967 agrément des écoles de cadres de kinésithérapie, JORF du 05 août 1967, p. 7860
- Arrêté du 20 mars 1968 relatif aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 22 mars 1968, p. 2984
- Arrêté du 1 avril 1968 Modification de l'arrêté du 20 mars 1968 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 4 avril 1968, p. 3488
- Arrêté du 20 mai 1968 relatif aux conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 1 juin 1968, p. 5339
- Arrêté du 20 mai 1968 conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 1 juin 1968, p. 5339
- Arrêté du 4 juillet 1968 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 5 juillet 1968, p. 6355
- Arrêté du 4 juillet 1968 relatif à l'admission dans les écoles préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 5 juillet 1968, p. 6355
- Arrêté du 6 novembre 1968 relatif à la création d'une école préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute à l'Etablissement National des Convalescents de saint Maurice, JORF du 16 novembre 1968, p. 10691
- Arrêté du 16 juin 1969 Dispositions transitoires prévues par l'article 4 du décret du 28 mars 1969 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 23 juin 1969, p. 6375
- Arrêté du 24 février 1970 Ecoles des cadres de kinésithérapie, JORF du 5 mars 1970, p. 2236
- Arrêté du 25 février 1970 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 5 mars 1970, p. 2237

- Arrêté du 3 novembre 1970 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 11 novembre 1970, p. 10447
- Arrêté du 5 août 1971 Dispositions transitoires prévues par l'article 4 du décret du 28 mars 1969 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 31 août 1971, p. 8671
- Arrêté du 21 octobre 1971 portant fixation pour l'année universitaire 1974-1975 du nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers relevant tant des centres hospitaliers et universitaires et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire que des établissements avec lesquels les dits centres ont passé convention, JORF du 23 octobre 1971, p. 10449
- Arrêté du 9 juin 1971 relatif aux conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 22 juin 1971, p. 6008
- Arrêté du 9 mai 1972 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 27 mai 1972 page 5370
- Arrêté du 2 août 1973 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 8 septembre 1973, p. 9813
- Arrêté du 25 mai 1975 Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 6 juin 1975, p. 5671
- Arrêté du 6 septembre 1976 Ecoles des cadres de kinésithérapie : création, à l'article 3, d'un Conseil des études dans chaque école de cadres, JORF du 12 septembre 1976, p. 5495
- Arrêté du 14 décembre 1976 Etudes préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 21 décembre 1976, numéro complémentaire, p. 6787
- Arrêté du 25 novembre 1977 Modification de l'arrêté du 20 mai 1968 relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 4 décembre 1977, numéro complémentaire, p. 8060
- Arrêté du 18 janvier 1978 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 22 janvier 1978, numéro complémentaire, p. 683
- Arrêté du 5 décembre 1979 diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 15 décembre 1979, numéro complémentaire, p. 10217

- Arrêté du 25 janvier 1980 modification de l'article 4 de l'arrêté du 27 novembre 1979 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute et à l'admission dans les écoles de masso-kinésithérapie, JORF du 13 février 1980, numéro complémentaire, p. 1672
- Arrêté du 13 août 1980 complétant la composition de la commission des masseurs-kinésithérapeutes de l'arrêté du 4 avril 1979, JORF du 28 août 1980, numéro complémentaire, p. 7852
- Arrêté du 31 mars 1981 fixation du nombre d'élèves admis à entrer en 1^{ère} année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute (session 1981) dans les différentes écoles (sauf les écoles pour déficients visuels), JORF du 1^{er} avril 1981, p. 907
- Arrêté du 8 février 1982 portant nomination à la commission des masseurs-kinésithérapeutes du Conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 12 février 1982, numéro complémentaire, p. 1657
- Arrêté du 12 février 1982 portant nomination à la commission des masseurs-kinésithérapeutes du Conseil supérieur des professions paramédicales, pour une durée de quatre ans. (Pour les élèves seulement pour la durée de leur scolarité), JORF du 26 février 1982, numéro complémentaire, p. 2138
- Arrêté du 17 mai 1982 conditions d'agrément des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 5 juin 1982, numéro complémentaire, p. 5301
- Arrêté du 5 juillet 1982 Agrément d'écoles préparant au certificat de moniteur cadre d'ergothérapie (école de kinésithérapie et d'ergothérapie de Nancy pour 5 étudiants par promotion, école de cadres d'ergothérapie de Montpellier pour un effectif de 5 étudiants par promotion), JORF 25 juillet 1982, numéro complémentaire, p. 7040
- Arrêté du 4 novembre 1982 portant nomination à la commission des masseurs-kinésithérapeutes du Conseil supérieur des professions paramédicales (représentants des personnels des services publics et des services de santé Force Ouvrière – FO et des élèves), JORF du 14 novembre 1982, numéro complémentaire, p. 10127
- Arrêté du 13 juin 1983 conditions d'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, d'infirmier, de laborantin, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, JORF du 10 juillet 1983, p. 6397

- Arrêté du 21 décembre 1984 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, d'infirmier, de laborantin, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure, JORF du 29 janvier 1984, p. 1209
- Arrêté du 28 février 1984 portant nomination à la commission des masseurs-kinésithérapeutes du Conseil supérieur des professions paramédicales (sur proposition du syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs : suppléants), JORF du 10 mars 1984, p. 2413
- Arrêté du 18 février 1985 portant nomination à la commission des masseurs-kinésithérapeutes du Conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 8 mars 1985, p. 2890
- Arrêté du 21 mars 1985 portant nomination à la commission des masseurs-kinésithérapeutes du Conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 16 avril 1985, p. 4466
- Arrêté du 3 décembre 1985 relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, d'infirmier, de laborantin, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue, JORF du 27 décembre 1985, p. 15174
- Arrêté du 11 mars 1986 fixant la composition des commissions du Conseil supérieur des professions paramédicales (commissions des infirmiers, des puéricultrices, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des orthophonistes, des orthoptistes, des opticiens-lunetiers, des audioprothésistes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des manipulateurs d'électroradiologie médicale, des laborantins d'analyses médicales et de la commission permanente interprofessionnelle), JORF du 16 mars 1986, p. 4366
- Arrêté du 28 octobre 1986 modifiant l'arrêté du 3 décembre 1985 relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, d'infirmier, de laborantin, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue, relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, JORF du 9 novembre 1986, p. 13482
- Arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur

d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 27 décembre 1987, p. 15260

- Arrêté du 22 février 1988 complétant l'arrêté du 23 décembre 1987 relatif aux conditions d'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 16 mars 1988, p. 3502
- Arrêté du 5 avril 1988 portant nomination à la commission des masseurs-kinésithérapeutes du Conseil supérieur des professions paramédicales, JORF du 20 avril 1988, p. 5245
- Arrêté du 22 août 1988 relatif au montant des droits annuels d'inscription exigés des candidats au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue inscrits dans les écoles publiques hospitalières, JORF du 3 septembre 1988, p. 11266
- Arrêté du 20 mars 1989 relatif à l'agrément d'une école de cadres de kinésithérapie, JORF du 07 avril 1989, p. 4490
- Arrêté du 28 mars 1989 modifiant l'arrêté du 06 septembre 1976 relatif aux écoles de cadres de kinésithérapie, JORF du 8 avril 1989, p. 4535
- Arrêté du 11 juillet 1989 relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 22 juillet 1989, p. 9191
- Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 8 septembre 1989, p. 11397
- Arrêté du 27 octobre 1989 modifiant l'arrêté du 06 septembre 1976 relatif aux écoles de cadres en kinésithérapie, JORF du 11 novembre 1989, p. 14091
- Arrêté du 22 novembre 1990 relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 15 décembre 1990, p. 15442
- Arrêté du 31 janvier 1991 relatif aux dispenses accordées à certains candidats en vue de la préparation au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 28 février 1991, p. 291

- Arrêté du 25 avril 1991 modifiant l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 15 mai 1991, p. 6434
- Arrêté du 25 juillet 1991 relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 20 août 1991, p. 10962
- Arrêté du 2 octobre 1991 relatif à la composition du dossier et aux modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation prévues pour les masseurs-kinésithérapeutes par le décret n° 91-009 du 2 octobre 1991 pris pour application de l'article L.510-9-1 du code de la santé publique, JORF du 4 octobre 1991, p. 12963
- Arrêté du 17 mars 1992 modifiant l'arrêté du 05 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 31 mars 1992, p. 4468
- Arrêté du 21 décembre 1992 modifiant l'arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 4 janvier 1993, p. 297
- Arrêté du 18 mars 1993 modifiant l'arrêté du 11 juillet 1989 relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 29 mars 1993, p. 5703
- Arrêté du 30 août 1993 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 3 septembre 1993, p. 12401
- Arrêté du 6 mai 1994 modifiant les arrêtés du 25 juillet 1991 relatifs à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, , JORF du 18 mai 1994, p. 7264
- Arrêté du 6 mai 1994 modifiant l'arrêté du 11 juillet 1989 modifié relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 18 mai 1994, p. 7265
- Arrêté du 6 mai 1994 modifiant l'arrêté du 22 novembre 1990 relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 18 mai 1994, p. 7265

- Arrêté du 2 février 1995 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 17 février 1995, p. 2612
- Arrêté du 7 février 1995 modifiant l'arrêté du 11 juillet 1989 modifié relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 31 mars 1995, p. 5146
- Arrêté du 7 février 1995 modifiant l'arrêté du 22 novembre 1990 relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 31 mars 1995, p. 5147
- Arrêté du 7 février 1995 modifiant les arrêtés du 25 juillet 1991 relatifs à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 31 mars 1995, p. 5147
- Arrêté du 11 août 1995 modifiant l'arrêté du 23 décembre 1987 modifié relatif à l'admission dans les écoles et instituts préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 24 août 1995, p. 12600
- Arrêté du 27 octobre 1995 modifiant l'arrêté du 11 août 1995 relatif à l'admission dans les écoles et instituts préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 11 novembre 1995, p. 16609
- Arrêté du 27 novembre 1995 relatif à l'information du consommateur sur les tarifs pratiqués par les masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs, JORF du 1 décembre 1995, p. 17570
- Arrêté du 10 mai 1996 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 16 mai 1996, p. 7398
- Arrêté du 14 juin 1996 modifiant les arrêtés du 25 juillet 1991 modifiés relatifs à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 20 juin 1996, p. 9222

- Arrêté du 14 juin 1996 modifiant l'arrêté du 11 juillet 1989 modifié relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 20 juin 1996, p. 9221
- Arrêté du 14 juin 1996 modifiant l'arrêté du 22 novembre 1990 modifié relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 20 juin 1996, p. 9221
- Arrêté du 14 juin 1996 modifiant les arrêtés du 25 juillet 1991 modifiés relatifs à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 20 juin 1996, p. 9222
- Arrêté du 18 juillet 1996 modifiant l'arrêté du 23 décembre 1987 modifié relatif à l'admission dans les écoles et instituts préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 2 août 1996, p. 11721
- Arrêté du 21 janvier 1997 portant application de l'article L. 491-4 du code de la santé publique et relatif à la détermination des secteurs pour l'élection des membres libéraux de l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 22 janvier 1997, p. 1094
- Arrêté du 15 avril 1997 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 23 avril 1997, p. 6155
- Arrêté du 27 mai 1997 modifiant l'arrêté du 20 mai 1968 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 31 mai 1997, p. 8475
- Arrêté du 27 mai 1997 fixant la date des élections aux conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 31 mai 1997, p. 8476
- Arrêté du 29 mai 1997 modifiant l'arrêté du 11 juillet 1989 modifié relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 1^{er} juin 1997, p. 8674
- Arrêté du 29 mai 1997 modifiant l'arrêté du 22 novembre 1990 relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 1^{er} juin 1997, p. 8674

- Arrêté du 29 mai 1997 modifiant les arrêtés du 25 juillet 1991 modifiés relatifs à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 1^{er} juin 1997, p. 8674
- Arrêté du 15 juillet 1997 modifiant l'arrêté du 27 mai 1997 fixant la date des élections aux conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 24 juillet 1997, p. 11075
- Arrêté du 11 février 1998 modifiant l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 27 février 1998, p. 3040
- Arrêté du 9 mars 1998 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 19 mars 1998, p. 4096
- Arrêté du 11 mai 1998 modifiant l'arrêté du 11 juillet 1989 modifié relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 23 mai 1998, p. 7848
- Arrêté du 11 mai 1998 modifiant l'arrêté du 22 novembre 1990 modifié relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme de masseur-kinésithérapeute, JORF du 23 mai 1998, p. 7848
- Arrêté du 29 juin 1998 modifiant l'arrêté du 20 mai 1968 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 3 juillet 1998, p. 10160
- Arrêté du 11 mai 1998 modifiant les arrêtés du 25 juillet 1991 modifiés relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme de masseur-kinésithérapeute, JORF du 23 mai 1998, p. 7848
- Arrêté du 30 mars 1999 modifiant l'arrêté du 23 décembre 1987 modifié relatif à l'admission dans les instituts de formation préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de technicien en analyses biomédicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien
- Arrêté du 15 mars 1999 modifiant les arrêtés du 25 juillet 1991 modifiés relatifs à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 26 mars 1999, p. 4512

- Arrêté du 15 mars 1999 modifiant l'arrêté du 22 novembre 1990 modifié relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 26 mars 1999, p. 4512
- Arrêté du 15 mars 1999 modifiant l'arrêté du 22 novembre 1990 modifié relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 26 mars 1999, p. 4512
- Arrêté du 19 février 1999 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 2 mars 1999, p. 3119
- Arrêté du 15 février 1999 modifiant l'arrêté du 5 septembre 1989 modifié relatif aux études et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 24 février 1999, p. 2832
- Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins, JORF du 3 mars 2000, p. 3378;
- Arrêté du 7 mars 2000 modifiant l'arrêté du 5 septembre 1989 modifié relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 17 mars 2000, p. 4152
- Arrêtés du 14 mars 2000 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 25 mars 2000, p. 4605
- Arrêté du 17 août 2000 modifiant l'arrêté du 11 juillet 1989 modifié relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 2 septembre 2000, p. 13656
- Arrêté du 17 août 2000 modifiant l'arrêté du 22 novembre 1990 modifié relatif à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 2 septembre 2000, p. 13656
- Arrêté du 17 août 2000 modifiant les arrêtés du 25 juillet 1991 modifiés relatifs à l'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 2 septembre 2000, p. 13656

- Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, JORF 5 octobre 2000, p. 15763
- Arrêté du 3 juillet 2001 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 17 juillet 2001, p. 11422
- Arrêté du 17 avril 2002 modifiant l'arrêté du 31 janvier 1991 relatif aux dispenses accordées à certains candidats en vue de la préparation au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 27 avril 2002, p. 7609
- Arrêté du 17 avril 2002 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 27 avril 2002, p. 7609
- Arrêté du 18 juillet 2002 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 24 juillet 2002, p. 12674
- Arrêté du 15 novembre 2002 modifiant l'arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles et instituts préparant au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, de technicien en analyses biomédicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 30 novembre 2002, p. 19719
- Arrêté du 31 janvier 2003 modifiant l'arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles et instituts préparant au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, de technicien en analyses biomédicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 12 février 2003, p. 2590
- Arrêté du 1er avril 2003 fixant le nombre de places mises au concours d'entrée en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 17 avril 2003, p. 6831
- Arrêté du 16 janvier 2004 fixant le nombre de places mises au concours d'entrée en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 5 février 2004, p. 2511

- Arrêté du 6 août 2004 relatif aux dispenses susceptibles d'être accordées aux candidats titulaires d'un diplôme extracommunautaire de masseur-kinésithérapeute sollicitant l'exercice de la profession en France en vue de la préparation du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 12 septembre 2004 page 0
- Arrêté du 15 décembre 2004 fixant le nombre de places mises au concours d'entrée en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 28 décembre 2004, p. 22097
- Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire, JORF du 13 janvier 2006, p. 532
- Arrêté du 7 mars 2006 fixant la date des élections aux conseils départementaux, régionaux et au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et portant application de l'article R. 4321-37 du code de la santé publique relatif à la composition du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, JPRF du 9 mars 2006, p. 3545
- Arrêté du 7 mars 2006 fixant la date des élections aux conseils départementaux, régionaux et au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et portant application de l'article R. 4321-37 du code de la santé publique relatif à la composition du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (rectificatif), JORF du 11 mars 2006, p. 3724
- Arrêté du 5 mai 2006 modifiant l'arrêté du 7 mars 2006 fixant la date des élections aux conseils départementaux, régionaux et au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et portant application de l'article R. 4321-37 du code de la santé publique relatif à la composition du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 11 mai 2006, p. 6868
- Arrêté du 18 mai 2006 fixant le nombre maximum d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 1 juin 2006, p. 8191
- Arrêté du 14 juin 2006 modifiant l'arrêté du 7 mars 2006 fixant la date des élections aux conseils départementaux, régionaux et au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et portant application de l'article R. 4321-37 du code de la santé publique relatif à la composition du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 23 juin 2006, p. 9438

- Arrêté du 29 juin 2006 modifiant l'arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire, JORD du 14 juillet 2006, p. 10622
- Arrêté du 13 janvier 2007 modifiant l'arrêté du 31 janvier 1991 relatif aux dispenses accordées à certains candidats en vue de la préparation au diplôme de masseur-kinésithérapeute, JORF du 30 janvier 2007, p. 1845
- Arrêté du 15 mars 2007 fixant la date des élections et la répartition des sièges aux conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et portant application de l'article R. 4321-45 du code de la santé publique relatif à la composition des conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, JORF du 22 mars 2007, p. 5311
- Arrêté du 28 mars 2007 modifiant l'arrêté du 5 septembre 1989 modifié relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 2 mai 2007, p. 7757
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, JORF du 10 mai 2007, p. 8324
- Arrêté du 27 avril 2007 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 19 mai 2007, p. 9751
- Arrêté du 10 mai 2007 modifiant l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 12 mai 2007, p. 8765
- Arrêté du 30 novembre 2007 relatif à la présidence des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (tribunaux administratifs et cours administratives d'appel), JORF du 14 décembre 2007, p. 20203
- Arrêté du 2 juin 2008 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 3 juin 2008, p. 9136
- Arrêté du 5 juin 2008 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 10 juin 2008, p.9466

- Arrêté du 5 juin 2008 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 12 juin 2008, p. 9570
- Arrêté du 07 juillet 2008 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales, JORF du 31 juillet 2008, p. 12287
- Arrêté du 8 août 2008 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 27 août 2008, p. 13467
- Arrêté du 25 mars 2009 portant abrogation de l'arrêté du 27 novembre 1995 relatif à l'information du consommateur sur les tarifs pratiqués par les masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs et des articles 1er et 3 de l'arrêté du 11 juin 1996 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux, JORF du 8 avril 2009, p. 6190
- Arrêté du 28 avril 2009 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien en analyses biomédicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 6 mai 2009, p. 7624
- Arrêté du 29 avril 2009 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 02 mai 2009, p. 7432
- Arrêté du 26 mai 2009 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 29 mai 2009, p. 8900
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur, BO santé, Protection sociale - solidarités, n° 2009/7 du 15 août 2009
- Arrêté du 15 mars 2010 modifiant l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 4 avril 2010, p. 6610

- Arrêté du 20 janvier 2010 fixant la composition du dossier à fournir aux commissions d'autorisation d'exercice compétentes pour l'examen des demandes présentées en vue de l'exercice en France des professions de conseiller en génétique, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur en électroradiologie médicale et diététicien, JORF du 3 février 2010, p. 2034
- Arrêté du 20 janvier 2010 relatif à la déclaration préalable de prestation de services pour l'exercice des professions de conseiller en génétique, préparateur en pharmacie, préparateur en pharmacie hospitalière, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier et diététicien, JORF du 3 février 2010, p. 2037
- Arrêté du 24 mars 2010 fixant les modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation pour l'exercice en France des professions de conseiller en génétique, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale et diététicien par des ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, JORF du 28 mars 2010, p. 6147
- Arrêté du 5 mai 2010 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 8 juin 2010, p. 10493
- Arrêté du 2 juin 2010 modifiant l'arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 8 juin 2010, p. 10493
- Arrêté du 9 juillet 2010 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 16 juillet 2010, p. 13203
- Arrêté du 12 mai 2011 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 20 mai 2011, p. 8794

- Arrêté du 23 mai 2011 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 25 mai 2011, p. 9000
- Arrêté du 1er juin 2011 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 21 juin 2011, p. 10522
- Arrêté du 29 décembre 2011 constatant les dépenses afférentes aux élections des unions régionales de professionnels de santé compétentes pour les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que les avances effectuées pour permettre l'installation de certaines unions régionales des professionnels de santé, JORF du 6 janvier 2012, p. 269
- Arrêté du 10 avril 2012 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 18 avril 2012, p. 6994
- Arrêté du 27 avril 2012 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 5 mai 2012, p. 7984
- Arrêté du 18 mai 2012 modifiant l'arrêté du 10 avril 2012 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 17 juin 2012, p. 10142
- Arrêté du 29 octobre 2012 portant nomination à la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales, JORF du 08 novembre 2012, p. 17503
- Arrêté du 8 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 10 avril 2012 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 11 novembre 2012, p. 17878
- Arrêté du 21 décembre 2012 modifiant l'arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 28 décembre 2012, p. 20619
- Arrêté du 23 janvier 2013 constatant les dépenses afférentes aux avances effectuées pour permettre l'installation des unions régionales de professionnels de santé compétentes pour

les pharmaciens et complétant l'arrêté du 29 décembre 2011 constatant les dépenses afférentes aux élections des unions régionales de professionnels de santé compétentes pour les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que les avances effectuées pour permettre l'installation de certaines unions régionales des professionnels de santé, JORF du 30 janvier 2013, p. 1804

- Arrêté du 14 juin 2013 fixant au titre de l'année scolaire 2013-2014 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 20 juin 2013, p. 10245
- Arrêté du 24 mars 2014 portant nomination du président de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que de son suppléant, JORF du 24 mars 2014, p. 6084
- Arrêté du 16 juin 2014 fixant au titre de l'année scolaire 2014-2015 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 18 juin 2014, p. 10051
- Arrêté du 10 juillet 2014 portant équivalence partielle entre le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute et le brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, JORF du 23 juillet 2014, p. 12187
- Arrêté du 16 juin 2015 modifiant l'arrêté du 27 avril 2012 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien, JORF du 19 juin 2015 , p. 10086
- Arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 19 juin 2015, p. 10086
- Arrêté du 3 juillet 2015 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute au titre de l'année scolaire 2015-2016, JORF du 8 juillet 2015, p. 11464
- Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, JORF du 04 septembre 2015, p. 15584

7. Circulaires

- Circulaire du 29 novembre 1961 portant déconcentration de la procédure concernant l'établissement des diplômes d'Etat et des attestations provisoires pour l'exercice des professions paramédicales, JORF du 17 janvier 1962, p. 560
- Circulaire du 29 novembre 1961 relative au paiement des frais occasionnés par les examens concernant les professions paramédicales, JORF du 17 janvier 1962, p. 562
- Circulaire du 29 novembre 1961 relative à la déconcentration du fichier d'administration centrale des personnes diplômées exerçant une profession paramédicale, JORF du 17 janvier 1962, p. 563

8. Rapports

- Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2009-1585 du 17 décembre 2009 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales, JORF du 19 décembre 2009, p. 21906
- Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2015-948 du 31 juillet 2015 relative à l'égal accès des femmes et des hommes au sein des autorités administratives indépendantes et des autorités publiques indépendantes, JORF du 02 août 2015, p. 13236

Jurisprudence relative à l'exercice illégal du massage

1. Jurisprudence favorable aux masseurs-kinésithérapeutes

1.1. Cour de cassation

- Cass. crim. 08 juillet 1970, n° 69-93430 (CA Pau 22 décembre 1970), rejet
- Cass. crim. 07 mai 1985, n° 84-91761 (CA Metz 15 février 1984), rejet
- Cass. crim. 08 janvier 1987, n° 86-90208 (CA Aix en Provence 24 avril 1985), cassation
- Cass. crim. 17 octobre 1989, n° 88-83867 (CA Montpellier 26 mai 1988), rejet
- Cass. crim. 26 mai 1992, n° 91-84877 (CA Paris 24 juin 1991), rejet
- Cass. crim. 22 octobre 2002, n° 02-80384 (CA Montpellier 27 novembre 2001), rejet
- Cass. com. 11 mars 2003, n° 01-13709 (CA Poitiers 22 mai 2001), cassation partielle
- Cass. com. 13 mars 2007, n° 05-21564 (CA Orléans 20 octobre 2005), rejet
- Cass. civ.1 20 mars 2007, n° 05-20546 & 05-21996 (CA Rouen 13 octobre 2005), rejet
- Cass. crim. 02 octobre 2012, n° 11-85803 (CA Dijon 8 juin 2011), rejet

1.2. Cour d'appel

- CA Pau 22 décembre 1969
- CA Metz 15 février 1984
- CA Aix en Provence 24 avril 1985
- CA Montpellier 26 mai 1988
- CA Paris 24 juin 1991
- CA Lyon 02 mars 1993
- CA Grenoble 23 mars 1993
- CA Lyon 17 octobre 1996
- CA Agen 09 octobre 1997
- CA Caen 31 mars 1999
- CA Limoges 27 mai 1999
- CA Metz 20 mai 1999
- CA Angers 22 mai 2001
- CA Angers 12 juin 2001
- CA Dijon 27 juin 2001
- CA Montpellier 27 novembre 2001
- CA Montpellier 24 juillet 2002
- CA Versailles 21 janvier 2005
- CA Versailles 25 janvier 2005

- CA Rouen 13 octobre 2005
- CA Orléans 20 octobre 2005
- CA Lyon, 06 juin 2006
- CA Montpellier 02 juillet 2009
- CA Paris 12 octobre 2010,
- CA Dijon 8 juin 2011
- CA Paris 15 novembre 2011

1.3. Tribunaux de Grande Instance (Chambres correctionnelles)

- TGI Rouen 18 août 1983
- TGI Limoges 28 février 1994
- TGI Cahors, 23 janvier 1997
- TGI Limoges 5 mai 1997
- TGI Metz 22 janvier 1998
- TGI Tours 17 décembre 1998
- TGI LYON 20 janvier 1999
- TGI Dijon 16 juin 2000
- TGI Angers 08 décembre 2000
- TGI Perpignan 31 juillet 2001 (Ordonnance de référé)
- TGI Lyon 31 octobre 2001
- TGI Perpignan 02 mai 2002 (Ordonnance de référé)
- TGI Millau 22 octobre 2008

2. Jurisprudence défavorable aux masseurs-kinésithérapeutes

2.1. Cour de cassation

- Cass. crim. 03 juin 1980, n° 79-92.805 (CA Metz 16 juin 1979)
- Cass. crim. 23 février 1999, n° 98-80.676 (CA Bourges 18 novembre 1997)
- Cass. crim. 18 janvier 2000, n° 99-83627 (CA Caen 31 mars 1999)

2.2. Cour d'appel

- CA Metz 13 juin 1979
- CA Bordeaux 4 octobre 1989
- CA Bourges 18 novembre 1997

- CA Caen 31 mars 1999
- CA Dijon 16 juin 2000
- CA Rouen 11 février 1999
- CA Dijon 07 novembre 2002
- CA Dijon 11 septembre 2003
- CA Rouen 11 février 2009
- CA Versailles 04 mars 2009
- CA Montpellier 02 juillet 2009

2.3. Tribunaux de Grande Instance (Chambres correctionnelles)

- TC Brive la Gaillarde 21 décembre 1989
- TGI Grenoble 28 février 1992 (Ordonnance de référé)
- TGI Grenoble 24 juin 1992 (Ordonnance de référé)
- TGI Lyon 11 septembre 1995 (Ordonnance de référé)
- TGI Dijon 16 juin 2000
- TGI Dijon 07 novembre 2002
- TGI Evreux 06 juin 2003
- TGI Versailles 23 octobre 2003
- TGI Versailles 28 juin 2004
- TGI Niort 07 juillet 2005 (Ordonnance de référé)
- TGI Chartres 08 janvier 2007
- TGI Rouen 15 octobre 2007
- TGI Millau 22 octobre 2008
- TGI Saint Etienne 10 décembre 2009
- TGI Paris (31^{ème} chambre) 08 janvier 2010

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GENERALE	1
SECTION I- UNE RECHERCHE GUIDEE PAR UN PARCOURS PROFESSIONNEL PARTICULIER	1
SECTION II - DES PRATIQUES PROFANES DEVENUES MEDICALES VALIDEES PAR LE PREMIER CONFLIT MONDIAL.....	11
SECTION III - UNE EVOLUTION PERTURBEE PAR LE CONTRAT VASSALIQUE INITIAL	18
PREMIÈRE PARTIE - LA PROFESSION DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE : UNE ÉVOLUTION SOUS TUTELLE MÉDICALE.....	31
TITRE I - GENESE DE LA LOI DU 30 AVRIL 1946 TENDANT A REGLEMENTER LA PROFESSION DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE	32
Chapitre I - L'agrégation de deux professions liées au contexte herméneutique d'une période de l'histoire de France	32
Paragraphe 1 Le contexte herméneutique de la France de la reconstruction.....	32
Paragraphe 2 La fusion autoritaire de deux groupes professionnels	36
1. L'hétérogénéité du groupe des masseurs	37
A. Les masseurs médicaux	37
B. Les masseurs aveugles.....	48
C. Les masseurs thermaux.....	53
2. L'homogénéité des gymnastes médicaux	59
A. Une gymnastique à finalité militaire	62
B. Une gymnastique devenue corrective.....	66
C. Avènement de l'Éducation physique	68
3. La loi du 30 avril 1946 : création d'une nouvelle profession.....	71
A. Les conditions ayant présidées à l'édiction de la loi	72
B. Les dispositions de la loi	75

Chapitre II - Profession de masseur-kinésithérapeute : organisation	89
Paragraphe 1 Les règles relatives aux études et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.....	89
1. Le conseil supérieur de la Kinésithérapie.....	90
2. L'agrément des écoles de masso-kinésithérapie.....	94
3. Une évolution du nombre des écoles liées à celle des techniques de soins	98
Paragraphe 2 Les études préparant au diplôme de masseur-kinésithérapeute.....	101
1. Les conditions initiales	101
2. L'examen d'entrée	102
3. Le cursus scolaire	105
Paragraphe 3 Le diplôme d'État	115
Chapitre III - Des réformes limitées au bon vouloir du corps médical	117
Paragraphe 1 1963 : les prémices en matière de réforme des études et des épreuves du diplôme d'Etat.....	118
1. De nouvelles règles relatives aux études de masso-kinésithérapie.....	118
2. Les oubliés de la réforme : les masseurs-kinésithérapeutes aveugles	121
3. Nouvelles modalités en matière de diplôme d'État	124
Paragraphe 2 Une évolution conditionnée à celle de l'organisation de soins	127
1. Une évolution liée aux conséquences de la réforme hospitalière.....	127
2. Une évolution liée aux nouvelles compétences des masseurs-kinésithérapeutes.	130
3. Une évolution liée à la création de la spécialité de médecine physique	133
Paragraphe 3 Les professions paramédicales : Une nouvelle organisation des soins	140
1. Aide-orthoptiste et orthophoniste : deux professions aux marges de la kinésithérapie	140
A. Aide-orthoptiste	141
B. Orthophoniste	142

2.	Ergothérapie et psychomotricité: deux professions prédatrices de la kinésithérapie	146
A.	Ergothérapie.....	146
B.	Psychomotricité	149
3.	Un Conseil supérieur des professions paramédicales pour des professions d'auxiliaires médicaux	163
TITRE II - UNE EVOLUTION MARQUEE PAR L'OBTENTION D'UNE 3EME ANNEE D'ETUDES		171
Chapitre I - Un processus évolutif bousculé par les évènements du printemps 1968		171
Paragraphe 1 Conditions d'études et de diplôme d'État.....		171
Paragraphe 2 Une amorce de changement dans la gouvernance des écoles.....		175
Paragraphe 3 Les mesures dérogatoires liées aux événements du mois de mai 1968		178
Chapitre II - La 3ème année d'études : l'aboutissement d'une longue quête du Graal.....		179
Paragraphe 1 La création d'une nouvelle école de masso-kinésithérapie novatrice en matière d'enseignement.....		180
Paragraphe 2 La 3e année d'études : une longue quête ayant fini par aboutir		183
1.	Le long combat pour trois ans d'études	183
2.	Aide-dermatologiste, un leurre en guise d'allongement de la durée des études.....	184
3.	L'avènement de la troisième année d'études.....	190
Paragraphe 3 L'impact de la réforme sur le régime des études et des conditions du D.E.		192
1.	L'impact de la réforme sur l'enseignement des savoirs pratiques.....	192
2.	L'impact de la réforme sur les épreuves du diplôme d'Etat.....	201
3.	L'impact de la réforme sur l'enseignement des savoirs pratiques.....	208
A.	La création du certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur	208
B.	Création d'écoles des cadres.....	217
C.	Le certificat de masseur-kinésithérapeute moniteur cadre	222

Chapitre III - Les années 1980 : Une réglementation rythmée par une inflation textuelle	225
Paragraphe 1 Une inflation textuelle accompagnée d'une mainmise administrative	225
1. L'inflation textuelle	225
2. La mainmise administrative.....	226
Paragraphe 2. Favoriser la promotion sociale en facilitant l'accès à des formations professionnelles qualifiantes	228
1. Les mesures en faveur des athlètes de haut niveau	229
2. Des mesures à caractère social	230
3. Une prolifération textuelle infructueuse mal vécue par la profession	231
Paragraphe 3 Les questions relatives à la problématique de la profession de masseur-kinésithérapeute.....	232
1. Décret de compétence.....	232
A. La définition du massage et de la gymnastique médicale	233
B. Une réelle actualisation du domaine de compétence.....	233
2. Un champ sémantique significatif	235
3. Un rapport ayant vocation à faire un état des lieux de la profession.....	237
A. Une mission basée sur de bonnes questions	238
B. Les décevantes réponses à de bonnes questions	239
C. Le mémoire en réponse des étudiants en masso-kinésithérapie	246
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE.....	249
DEUXIÈME PARTIE - LA PROFESSION DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE :	
UNE ÉVOLUTION DÉSORMAIS MULTIFACTORIELLE	255
TITRE I - UNE EVOLUTION ESSENTIELLEMENT LIEE A DES FACTEURS EXTERNES.....	261
Chapitre I - Une organisation commune aux différentes professions paramédicales.....	261
Paragraphe 1 Un instance paramédicale pour un corpus professionnel hétéroclite.....	262
1. Le Conseil supérieur des professions paramédicales : une organisation aussi complexe que sa mise en œuvre.....	262

2.	Un conseil virtuel : Le Conseil des professions d’infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d’orthophoniste et d’orthoptiste	271
A.	Missions et du Conseil des professions d’infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d’orthophoniste et d’orthoptiste.....	272
B.	Compositions du Conseil des professions d’infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d’orthophoniste et d’orthoptiste.....	273
C.	Un succédané d’un Conseil de l’Ordre	274
3.	Le Haut Conseil des professions paramédicales.....	276
A.	Missions et compositions du HCPP.....	277
B.	Finalités du HCPP	280
Paragraphe 2 Le diplôme de Cadre de santé : une révolution programmée		287
1.	Exit les certificats remplacés par un diplôme	288
A.	Plus qu’une évolution, une véritable révolution	290
B.	Un cadre de santé gestionnaire éloigné du soin.....	290
2.	Une réforme synonyme de perte de l’identité professionnelle vécue différemment par les écoles de cadres	292
3.	Les études préparatoires au diplôme de cadre de santé	295
A.	Conditions d’admission et régime des études préparatoire au diplôme de cadre de santé	295
B.	Une réforme ayant permis un rapprochement avec l’Université tout en éloignant le cadre de santé du soin	299
C.	Le retentissement de la réforme en matière de gouvernance des écoles et Instituts de formation préparant aux diplômes paramédicaux	299
Paragraphe 3 Les travaux de réingénierie du diplôme de cadre de santé		301
Chapitre II - La mise en place de quotas d’accès aux études de masso-kinésithérapie.....		304
Paragraphe 1 L’instauration des quotas d’accès aux études de masso-kinésithérapie...		305
1.	Une atteinte à la liberté d’entreprendre des études.....	305
A.	La nécessaire habilitation législative : l’article L.510-9 CSP	306
B.	Au-delà de l’argutie officielle : des visées économiques	307

2.	La mise en œuvre des quotas	310
A.	Les conditions de mise en œuvre des quotas	310
B.	Le numerus clausus relatif aux études médicales : un précédent aux quotas	313
C.	Quotas - Numerus clausus : des appellations différentes pour des mesures presque identiques.....	315
Paragraphe 2 Quotas, démographie professionnelle et statistiques.....		317
1.	Quotas et évolutions de la démographie professionnelle	317
A.	Quotas et évolutions du nombre de diplômes d'Etat délivrés	317
B.	Effets du numerus clausus et des quotas sur la démographie professionnelle.....	319
C.	Une évolution des quotas peu efficace sur une population professionnelle jeune.....	322
2.	La mécanique des quotas enrayée par l'intrusion du droit communautaire .	323
A.	Un maladroît argumentaire ministériel faisant référence à l'Union européenne.	323
B.	Une mesure rendue obsolète par l'ouverture des frontières	323
C.	Immixtion du droit communautaire dans le contentieux administratif en matière de quotas	325
3.	L'application des quotas source d'un contentieux d'un contentieux administratif	327
A.	L'évolution des règles servant à déterminer les quotas	327
B.	Les quotas source d'un abondant contentieux administratif	333
C.	L'exil universitaire : une des conséquences des quotas.....	344
Paragraphe 3 Une évolution également liée à l'émergence de la réglementation communautaire en matière de reconnaissance de qualifications professionnelles.....		357
1.	La mise en place progressive de la reconnaissance des qualifications professionnelles.....	357
A.	Un principe fondateur : la liberté d'établissement.....	357
B.	Un préalable incontournable : la reconnaissance mutuelle des diplômes et des qualifications.....	360
C.	L'ingérence du droit communautaire au sein de la profession de masseur kinésithérapeute	363

2.	Le régime de reconnaissance des qualifications professionnelles issue de la directive 2005/36/CE	371
A.	La directive 2005/36/CE.....	372
B.	Application de la directive 2005/36/CE aux masseurs-kinésithérapeutes....	377
C.	Mesures compensatoires : au choix du demandeur une épreuve d'aptitude ou un stage d'adaptation	393
3.	Les Conséquences de la mobilité entrante des masseurs-kinésithérapeutes.	397
A.	Une mobilité professionnelle à relativiser	397
B.	Les effets néfastes des migrations professionnelles sur la qualité des soins dispensés	399
C.	L'impact de la mobilité entrante des masseurs-kinésithérapeutes sur la qualité des soins dispensés.....	401
TITRE II - UNE ÉVOLUTION EGALEMENT LIEE A DES FACTEURS INTERNES		411
Chapitre I - L'avènement contrarié du Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes		411
Paragraphe 1 L'institution du conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes : l'aboutissement d'un très long combat chemin de croix.....		412
1.	Un parcours législatif atypique.....	412
A.	1946 : La première proposition de loi tendant à instituer un ordre des masseurs-kinésithérapeutes.....	412
B.	Un processus décisionnel perturbé par des divisions syndicales.....	414
C.	Les tergiversations du monde politique en la matière	416
2.	L'accouchement dystocique du Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes	425
A.	La proposition d'un Conseil de l'Ordre dessaisi de son pouvoir disciplinaire.....	425
B.	1995: Institution d'un Conseil de l'Ordre doté de la plénitude de ses pouvoirs... ..	426
C.	Report sine die des premières élections : une mesure purement idéologique.....	434

3.	2004 : L'aboutissement de la quête du Graal des masseurs-kinésithérapeutes.....	442
A.	Une nouvelle alternance politique à l'origine de l'institution de l'Ordre des masseurs –kinésithérapeutes	442
B.	Masseur-kinésithérapeute : organisation d'une profession ordinale	446
C.	La plénitude de l'Ordre en matière disciplinaire	459
Paragraphe 2 Une profession enfin dotée d'un Code de déontologie		475
1.	Des règles déontologiques édictées réglementairement après consultation de la profession	475
2.	Des règles déontologiques soumises à l'avis du Conseil de la concurrence	478
3.	Des règles déontologiques sources d'ambiguïtés	479
A.	L'ambiguïté de la distinction lieu habituel d'exercice et cabinet secondaire.....	479
B.	L'exploitation d'une distinction ambiguë lors de la mise en place d'une restriction au conventionnement	481
C.	Un code de déontologie rédigé à l'identique de celui des médecins	482
Paragraphe 3 Les conséquences délétères de l'institution de l'Ordre sur la cohésion professionnelle		487
1.	Un rejet massif de l'institution ordinale par les masseurs-kinésithérapeutes salariés.....	487
2.	Les conséquences du refus d'inscription des masseurs-kinésithérapeutes salariés à l'Ordre	491
A.	Le refus d'inscription des masseurs-kinésithérapeutes salariés à l'Ordre synonyme de suppression des épreuves pratiques du diplôme d'Etat	491
B.	Le refus d'inscription des masseurs-kinésithérapeutes salariés à l'Ordre : un important contentieux in fine favorable à l'institution ordinale	494
3.	La pérennité de l'institution ordinale remise en cause au nom de la paix sociale.....	508
4.	La fragilité de l'existence des ordres paramédicaux au premier chef desquels celui des masseurs-kinésithérapeutes	514

Chapitre II - Le monopole légal du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes à l'épreuve de la pratique quotidienne	523
Paragraphe 1. La problématique de la pratique du massage	523
1. L'exclusivité du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes : une pratique qui s'est érodée au fil des ans.....	523
2. Le massage : ses origines, l'évolution d'une pratique.....	524
A. Le massage : des techniques vraisemblablement nées en Orient	524
B. La médicalisation du massage au XIXe siècle	525
C. L'apport essentiel de la Première Guerre mondiale	528
3. Un monopole très tôt contesté	528
A. Une exigence morale à l'origine de l'exclusivité du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes.....	529
B. Essai de définition du massage	530
C. La perte implicite de l'exclusivité du massage par les masseurs-kinésithérapeutes.....	532
Paragraphe 2 Le monopole légal du massage dévolu aux masseurs-kinésithérapeutes à l'épreuve de la jurisprudence	535
1. La reconnaissance de l'exercice illégal du massage par la jurisprudence	535
A. L'importance du contexte matériel dans lequel est pratiqué un exercice illégal du massage	537
B. L'importance du contexte thérapeutique dans la reconnaissance de l'exercice illégal du massage	538
2. La multiplication des procédures contentieuses en la matière	540
Paragraphe 3 Le contentieux opposant les masseurs-kinésithérapeutes aux esthéticiennes en matière d'exercice illégal du massage	541
1. Un contentieux à l'origine d'une définition jurisprudentielle du massage...	541
2. La négligence coupable des masseurs-kinésithérapeutes en la matière	542
A. Des plaintes initiées par des Ordres médicaux	542
B. Un contentieux élargi à d'autres pratiques manuelles	543
C. Une négligence coupable née d'une liberté d'exercice à l'origine de pratiques déviantes..	545

3.	L'évolution du contexte jurisprudentiel en matière d'exercice illégal du massage.....	546
A.	L'amplification du contentieux avec les esthéticiennes	546
B.	L'amorce d'une évolution de la jurisprudence en la matière	547
C.	L'obstination déraisonnable des masseurs-kinésithérapeutes	552
Chapitre III - La reconnaissance du modelage à visée esthétique : la perte d'un monopole		553
Paragraphe 1 La légitimité du combat des esthéticiennes en matière de reconnaissance des massages.....		553
1.	L'esthéticienne : une spécialiste diplômée des soins de beauté	554
2.	Le contentieux de l'exercice illégal du massage à l'origine de la reconnaissance du modelage à visée esthétique.....	556
A.	La prise en compte parlementaire des doléances exprimées par les esthéticiennes	557
B.	La reconnaissance législative du modelage à visée esthétique.....	560
C.	La prise en compte du massage bien-être et de confort par les parlementaires 561	
3.	La reconnaissance de la pratique du modelage par les esthéticiennes.....	565
A.	L'officialisation du modelage : la reconnaissance d'une situation de fait ...	565
B.	In fine une définition consensuelle du modelage à visée esthétique	569
C.	Modelage synonyme de massage: l'hypocrisie du monde politique en la matière.....	570
Paragraphe 2 Le combat perdu des masseurs-kinésithérapeutes en matière de défense du massage.....		578
1.	L'action des représentants ordinaires auprès des autorités de tutelle.....	578
2.	L'exclusivité dévolue aux masseurs-kinésithérapeutes : un monopole plus théorique que pratique.....	580
A.	Une pratique du massage partagée avec d'autres professions de santé	580
B.	La nécessaire humanisation des soins : source d'un exercice non légal du massage.....	582
C.	Le massage: revendication d'une technique délaissée par les masseurs-kinésithérapeutes.....	587
Paragraphe 3 Les solutions envisageables pour réinvestir le massage		593

1.	L'éventualité de créer une profession d'aide-masseur	593
2.	Un rapprochement des masseurs-kinésithérapeutes avec les esthéticiennes pour une défense commune de leurs techniques de massages	596
3.	Monopole du massage : Médecins du XIXe siècle - Masseurs-kinésithérapeutes du XXIe siècle, le mimétisme d'une revendication corporatiste.....	597
	CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE	603
	Conclusion générale	605
	Bibliographie.....	627
	Recueil chronologique de la législation et de la réglementation relatives à la profession de masseur-kinésithérapeute.....	657
	Jurisprudence relative à l'exercice illégal du massage	687